

|                                                                                                                                             |              |                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>Ministério da Saúde<br>FIOCRUZ<br>Fundação Oswaldo Cruz | <b>PLANO</b> | <br>INI<br>Instituto Nacional de Infectologia<br>Evandro Chagas |
| <b>Título: PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA MANEJO DE CASOS DE INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVIRUS (SARS-COV2) NO INI</b>                              |              | <b>Código: INI-PL-VDSC.001</b>                                                                                                                    |
|                                                                                                                                             |              | <b>Revisão: 11</b>                                                                                                                                |

**Plano de Contingência para Manejo de Casos de Infecção pelo novo Coronavírus (SARS-cov2) no Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI)/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)**

**Versão 11/2020**

**21/05/2020**

**2020.**

4ª Edição

Permitida a reprodução sem fins lucrativos, parcial ou total, por qualquer meio, se citada a fonte onde pode ser encontrado.

**Informação:**

Av. Brasil, 4365 – Manguinhos/Rio de Janeiro – RJ Brasil – CEP:21045-900

E-mail: [ini@ini.fiocruz.br](mailto:ini@ini.fiocruz.br) / [www.ini.fiocruz.br](http://www.ini.fiocruz.br)

Tel: +55 21 3865-9595

Fax: +55 21 2590-9988

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas – Fundação Oswaldo Cruz

**Direção**

Valdiléa Gonçalves Veloso dos Santos

**Vice Direção de Serviços Clínicos**

Estevão Portela Nunes

**Elaboradores:**

Carla Dias de Castro

Denise Medeiros

Diana Galvão Ventura

Estevão Portela Nunes

Giovana Gonçalves Assunção

Margarete Bernardo Tavares da Silva

Mayumi Duarte Wakimoto

Pedro da Silva Olive

Renato França da Silva

Rosângela Vieira Eiras

Sheila Rocha Conceição Borges

Sonia Maria Ferraz Medeiros Neves

**Revisão**

Ernesto João da Silva

Graciele Oroski

José Liporage Teixeira

## Sumário

|                                                                                                                      |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1.Histórico de Revisões.....</b>                                                                                  | <b>4-5</b> |
| <b>2.Apresentação.....</b>                                                                                           | <b>6-7</b> |
| <b>3.Anexos</b>                                                                                                      |            |
| Anexo 01-Protocolo para recepção de caso suspeito do Novo Coronavírus (SARS-CoV2) no INI 7 .....                     | 8-13       |
| Anexo 02-Mapa de Área Covid (ÁREA COVID).....                                                                        | 14         |
| Anexo 03-Protocolo para circulação de profissionais e paramentação segura na AIEspecial .....                        | 15-21      |
| Anexo 04-Protocolo para higienização, limpeza e gerenciamento de resíduos, higienização e limpeza na Área Covid..... | 22-28      |
| Anexo 05-Protocolo para notificação/investigação epidemiológica .....                                                | 29-33      |
| Anexo 06-Critérios de internação hospitalar e protocolo para manejo clínico do paciente internado.....               | 34-38      |
| Anexo 07-Protocolo em caso de acidente com material biológico .....                                                  | 39         |
| Anexo 08-Protocolo para encaminhamento de material biológico para laboratório.....                                   | 40-41      |
| Anexo 09-Fluxo de primeiro atendimento e notificação em caso suspeito do Novo Coronavírus (SARS-CoV2).....           | 42         |
| Anexo 10-Fluxo de acidente de trabalho no INI.....                                                                   | 43         |
| Anexo 11-Fluxo de atendimento aos casos suspeitos de Covid-19 no ambulatório do INI.....                             | 44         |
| Anexo 12-Fluxo de atendimento aos casos suspeitos de Covid-19 no plantão .....                                       | 45         |
| Anexo 13-Cartaz de orientações aos porteiros e recepcionistas.....                                                   | 46         |
| Anexo 14-Recomendações para o paciente no domicílio.....                                                             | 47-49      |
| Anexo 15-Ficha de notificação para caso suspeito de SARG E SG Covid-19 .....                                         | 50-52      |
| Anexo 16-Dispensação de medicamentos-Serviço de Farmácia .....                                                       | 53         |
| Anexo 17-Fluxo de atendimento pelo Serviço de Radiologia.....                                                        | 54-56      |
| Anexo 18-Fluxo para reprocessamento de materiais médico-hospitalares (CME).....                                      | 57         |
| Anexo 19-Protocolo para manuseio e processamento da roupa na ÁREA COVID .....                                        | 58         |
| Anexo 20-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/Notificação de isolamento.....                                   | 59-60      |
| Anexo 21- Orientações para a prestação de serviços de Hemodiálise (HD) durante a epidemia de COVID-19 no INI.....    | 61-63      |
| Anexo 22- Cuidado após morte e procedimento para transporte do corpo.....                                            | 64-68      |
| Anexo 23-Orientações para Familiares e funerária.....                                                                | 69         |
| Anexo 24- Protocolo para Alta Hospitalar.....                                                                        | 70         |
| Anexo 25- Protocolo de atendimento e monitoramento dos trabalhadores do INI no contexto da pandemia da COVID-19..... | 71-73      |
| <b>4.Referências .....</b>                                                                                           | <b>74</b>  |
| <b>5. Folha de Aprovação .....</b>                                                                                   | <b>75</b>  |

|                                                                                                                |                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>Título: PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA MANEJO DE CASOS DE INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVIRUS (SARS-COV2) NO INI</b> | <b>Código: INI-PL-VDSC.001</b> |
|                                                                                                                | <b>Revisão: 11</b>             |

## 1. Histórico de Revisões

| No. DA REVISÃO | DATA       | ITEM ALTERADO | DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO                                                                                                                                                            | RESP. PELA ALTERAÇÃO | JUSTIFICATIVA                                                                                        |
|----------------|------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 03             | 17/03/2020 | Anexo 03      | Troca do Mapa de Cenário 01 para Cenário 02                                                                                                                                       | Grupo de Trabalho    | Decisão de ampliar a área vermelha para os quartos 3 e 4, para atender a possível aumento de demanda |
|                |            | Anexo 04      | - Mudança de Cenário 01 para Cenário 02;<br>- Alteração na ordem de paramentação;<br>- Alteração na área de paramentação<br><b>De: área vermelha</b><br><b>Para: área amarela</b> | Grupo de Trabalho    |                                                                                                      |
|                |            | Anexo 05      | - Alteração de saco branco leitoso para saco vermelho;<br>- Alteração no fluxo de limpeza dos quarto e corredor da ÁREA COVID;<br>- Substituição das lixeiras por bombonas de 50L | Grupo de Trabalho    | Acerto de descarte do resíduo par a enquadramento em lixo infectante                                 |
|                |            | Anexo 01      | Inclusão de orientações para emissão de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, ou o a “Notificação de Isolamento”                                                           | gilância em Saúde    | Atendimento Portaria nº 356 de 11/03/2020 Ministério da Saúde,                                       |
|                |            | N/A           | Inclusão de Anexo 21: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, ou o a “Notificação de Isolamento”                                                                             | Grupo de Trabalho    |                                                                                                      |
| 04             | 23/03/2020 | N/A           | Exclusão do Anexo 02                                                                                                                                                              | Grupo de Trabalho    | Conteúdo do anexo foi incorporado no anexo 07                                                        |
|                |            | N/A           | Renumeração dos anexos                                                                                                                                                            |                      | Exclusão do anexo 03                                                                                 |
|                |            | 08            | Inclusão do fluxo de envio de amostra para o laboratório em horário de plantão                                                                                                    | Grupo de Trabalho    | Solicitação do Laboratório                                                                           |
|                |            | N/A           | Inclusão do Anexo 21- Orientações para a prestação de serviços de Hemodiálise(HD) durante epidemia de Covi-19 no INI                                                              |                      | Atualização Nota Técnica nº 04/2020 ANVISA, atualziada em 21/03/2020                                 |
| 05             | 25/03/2020 | N/A           | Inclusão do Anexo 22- Cuidados após a Morte                                                                                                                                       | Grupo de Trabalho    |                                                                                                      |
|                |            |               | Inclusão do Anexo 23- Orientações para Familiares/Responsáveis e funerárias                                                                                                       | Grupo de Trabalho    |                                                                                                      |

| Título: PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA MANEJO DE CASOS DE INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVIRUS (SARS-COV2) NO INI |            |          |                                                                                                                                                                                                              | Código: INI-PL-VDSC.001 |                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                         |            |          |                                                                                                                                                                                                              | Revisão: 11             |                                                                                                                                                                                                         |
| 06                                                                                                      | 27/03/2020 | Anexo 01 | - Inclusão de Fisioterapeuta na Equipe Mínima;<br>- Alterção descritivo da PARTE II e no Item 3.                                                                                                             | Diana                   | Alterações necessárias para atender e adequar as mudanças na rotina do manejo do COVID-19                                                                                                               |
|                                                                                                         |            | Anexo 03 | - Alteração KIT : propé passa a ser opcional;<br>Item 1.2- inclusão lenço papel descartável no kit do paciente;<br>Item 3, 4, 5.1,7: Alterção nod escrito;<br>Item 8: Alteração na ordem de retirada do EPI. |                         |                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                         |            | Anexo 05 | Alteração no KIT EPI                                                                                                                                                                                         |                         |                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                         |            | Anexo 06 | Alteração item 4                                                                                                                                                                                             |                         |                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                         |            | Anexo 08 | Item 1: alteração na desparamentação                                                                                                                                                                         |                         |                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                         |            | Anexo 21 | Alteração no descrito                                                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                         |            | 07       | 06/04/2020                                                                                                                                                                                                   |                         |                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                         |            | Anexo 01 | Alteração da Parte I e nos Itens 2 e 3.                                                                                                                                                                      |                         |                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                         |            | Anexo 03 | Alteração em toda extensão do anexo                                                                                                                                                                          |                         |                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                         |            | Anexo 04 | Alteração nos itens :1.1 2                                                                                                                                                                                   |                         |                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                         |            | Anexo 05 | Alteração no item 1.1                                                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                         |            | Anexo 17 | Alteração em toda extensão do anexo                                                                                                                                                                          |                         |                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                         |            | N/A      | Inclusão do Anexo 24- Protocolo de Alta Hospitalar                                                                                                                                                           |                         |                                                                                                                                                                                                         |
| 08                                                                                                      | 07/04/2020 | Anexo 03 | Inclusão de dois intrutivos para colocar e retirar EPI's                                                                                                                                                     | GT                      | Adequação a Rotina                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                         |            | N/A      | Inclusão do Anexo 25                                                                                                                                                                                         | GT                      |                                                                                                                                                                                                         |
| 09                                                                                                      | 13/04/2020 | Anexo 15 | Mudança nos formulários de notificação                                                                                                                                                                       | GT                      | Atualização oficial                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                         |            | Anexo 03 | Alteração na extensão do documentação                                                                                                                                                                        | GT                      | Adequação a Rotina                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                         |            | Anexo 04 | Alteração no fluxo de retirada do resíduo                                                                                                                                                                    | GT                      | Adequação a Rotina                                                                                                                                                                                      |
| 10                                                                                                      | 20/04/2020 | Anexo 03 | Alteração no fluxo da área vermelha                                                                                                                                                                          | GT                      | Modificações no fluxo de atendimento aos pacientes com Covid 19 na área específica para internação (Área Covid e CTI). Alterações no Anexo 3 Continuação (passo a passo na colocação e retirada do EPI) |
| 11                                                                                                      | 21/05/2020 | Anexo 22 | Alteração no fluxo                                                                                                                                                                                           | Janice                  | Adequação ao fluxo                                                                                                                                                                                      |
| 11                                                                                                      | 21/05/2020 | Título   | Mudança no título: de: Plano de Ação Para: Plano de Contingência                                                                                                                                             | GT                      | Atender solicitação do Planejamento da Fiocruz                                                                                                                                                          |

## 2. Apresentação

Em 30 de janeiro de 2020 a Organização Mundial de Saúde declarou a situação da Epidemia pelo Novo Coronavírus (SARS-CoV2) como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Em 3 de fevereiro de 2020 o Brasil declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional por meio da Portaria MS Nº 188 que também estabeleceu o Centro de Controle de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV) como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional. Seguindo o Regulamento Sanitário Internacional, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil publicou um Plano de Contingência Nacional para a então denominada COVID-19, lançado em fevereiro de 2020 com a definição do nível de resposta e a estrutura de comando correspondente. Foi também lançado um protocolo para o manejo de casos suspeitos (“PROTOCOLO DE TRATAMENTO DO NOVO CORONAVÍRUS 2019-nCoV”).

Até 03/04/2020 foram confirmados 9056 casos de COVID-19 no Brasil, porém esta é uma situação dinâmica que vem sendo monitorada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do MS e pela rede de vigilância nos estados da federação. Em 11 de março de 2020, com a situação epidemiológica avançando e atingindo mais de 114 países a OMS declarou a nova doença como uma pandemia. A atualização destes números pode ser acompanhada em <https://covid.saude.gov.br/>

O Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), da Fundação Oswaldo Cruz, foi definido pelo MS como referência no Estado do Rio de Janeiro para a assistência e internação dos pacientes suspeitos de infecção pelo vírus (<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46257-mapa-hospitais-referencia-novo-coronavirus>). A atualização sobre leitos e insumos pode ser acompanhada em <https://covid-insumos.saude.gov.br/paineis/insumos/painel.php>

Diante disso, a direção do INI observou a necessidade de delinear estratégias para atuação frente à possibilidade de internação e/ou atendimento de pacientes suspeitos de COVID-19 na unidade. Foi organizada uma equipe multiprofissional que dedicou-se a elaborar e revisar continuamente um plano de ação, com base nas diretrizes do Ministério da Saúde e na *expertise* dos profissionais nas áreas de infectologia, vigilância epidemiológica, infecção hospitalar, gerenciamento de risco e tratamento de resíduos, higienização e limpeza hospitalar. Paralelamente, a presidência da Fiocruz implantou uma Sala de Situação com representantes de várias unidades da Fiocruz, MS, COE, SES-RJ, SMS-RJ, dedicada a ampliar o conhecimento,

monitorar e acompanhar a situação epidemiológica, bem como apoiar as unidades da Fiocruz na implementação de estratégias para o enfrentamento da epidemia, incluindo a provisão de recursos financeiros extras para aquisição de insumos e equipamentos e eventuais adequações de infraestrutura.

O objetivo deste documento é sistematizar e apresentar o conjunto de atividades necessárias ao manejo de pacientes suspeitos de COVID-19 no INI, assim como compartilhar as informações específicas que estão sendo construídas nos diferentes serviços. É importante lembrar que os protocolos de atividades estão sendo desenvolvidos e monitorados continuamente e revisados sempre que necessário, face à dinâmica da situação epidemiológica. Cada protocolo deste plano pode ser modificado isoladamente e a versão mais atual, com a data da última revisão, incorporada ao documento completo. A versão atualizada deste plano ficará disponível no diretório Público – pasta Novo Coronavírus\_Covid19.

Os seguintes eixos foram considerados para que este plano de ação fosse organizado:

- Vigilância em Saúde;
- Assistência;
- Controle de Infecção Hospitalar/Gerenciamento de Risco;
- Gerenciamento de Resíduos, Higienização e Limpeza hospitalar e
- Comunicação

**Anexo 01**

**Protocolo para recepção de caso suspeito do Novo Coronavírus (SARS-CoV2) no INI**

**Atualizado em: 06/04/2020**

**Formas de Chegada ao INI:**

1. Referenciado para internação – via pactuada ou
2. Demanda Espontânea

**Parte I. Paciente Referenciado para Internação Hospitalar:**

A informação sobre o atendimento do paciente deverá ser antecipada para a direção do INI pela autoridade que fez o encaminhamento. Este procedimento está pactuado com os CIEVS estadual e municipal do Rio de Janeiro e com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS – Ministério da Saúde). Os membros da direção e chefia de Enfermagem do INI que devem ser avisados são:

**Dr. Estevão Portela, Dra. Denise Medeiros e Enf<sup>a</sup> Rosângela Eiras.**

Qualquer um dos profissionais acima poderá ser avisado. As informações a serem passadas são: critérios que definem o caso como suspeito, local de origem, meio (s) de transporte que serão utilizados, hora estimada da chegada, resumo do estado clínico do paciente.

O membro da direção avisado inicialmente sobre a transferência do paciente **deverá comunicar o fato para:**

➤ **O médico responsável na enfermaria**

O médico responsável acionará **equipe mínima do turno**: médico, enfermeiro, profissional da limpeza (designados previamente, no início de cada turno). O enfermeiro responsável avisa aos pacientes internados e eventuais visitantes sobre a chegada do caso suspeito, orienta a todos que permaneçam em seus quartos com as portas fechadas e aguardem o aviso sobre a liberação dos corredores para circulação.

➤ O serviço de vigilância realiza busca ativa diária e notificará de imediato o CIEVS, conforme descrito no protocolo de notificação deste documento (Anexo 5) .

➤ Em cada turno de trabalho será designada uma equipe mínima para atendimento aos pacientes internados com Covid-19. Esta equipe deverá ser composta por:

1. 01 (um) Profissional médico
2. 01 (um) Profissional de enfermagem
3. 01 (um) Profissional da limpeza
4. 01 (um) Fisioterapeuta, se necessário, após avaliação médica



- A equipe mínima do turno procederá a paramentação com os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) recomendados no Anexo 03 deste documento – **Protocolo 3: Protocolo para circulação de profissionais e paramentação segura na ÁREA COVID.**
- Os profissionais da limpeza deverão utilizar protetor facial de acrílico reprocessável. Deverá ser realizada a desinfecção do protetor facial de acrílico a cada uso com Prático 100 e esperar 10 minutos a ação do produto antes de nova utilização. Deve-se guardar o protetor facial de acrílico em local apropriado;
- Os profissionais que irão recepcionar o paciente deverão iniciar a paramentação no momento da chegada do paciente;
- Imediatamente após a chegada do paciente, colocar máscara cirúrgica no mesmo (cobrindo boca e nariz), caso ele não esteja utilizando, até que seja acomodado no quarto;
- O paciente será levado em cadeira ou maca até a área de internação (Área Covid), preferencialmente **através da rampa externa ou, excepcionalmente, pelo elevador do Pavilhão Gaspar Viana;**
- **Caso o acesso seja através da rampa, o paciente deverá ser conduzido à Área Covid pela varanda, entrando pela porta verde de frente para o CTI;**
- **Caso o transporte se dê pelo elevador, o paciente deverá ser conduzido pela área de paramentação, próximo ao quarto 09 (este acesso deve ser evitado sempre que possível);**
- Após o transporte, a maca ou a cadeira, bem como o elevador, se for utilizado, deverão ser devidamente higienizados pela equipe de limpeza;
- Um profissional do Apoio de Enfermagem deverá buscar a maca ou cadeira devidamente higienizados e encaminhá-los para a varanda;
- Deverá ser realizada a limpeza imediata das superfícies do percurso do paciente, desde sua entrada no hospital até a porta do quarto da ÁREA COVID, em caso de contaminação das mesmas (ex. contato direto com paciente ou com suas secreções respiratórias). Este mesmo procedimento se aplica as situações de deslocamento do paciente no interior do prédio do INI e áreas anexas (ex. durante exames ou pareceres);

## **Parte II. Demanda espontânea**

### **1. Chegada pelo Ambulatório em horário de rotina**

- Todas as recepções do INI estão sinalizadas, com orientações ao paciente que chega ao hospital;
- O profissional da recepção do Ambulatório fornecerá máscara cirúrgica ao paciente que

relatar febre + tosse ou outro sintoma respiratório;

- O profissional que identificou o caso, deverá avisar a chefia do ambulatório (Enfª Rosângela Eiras) e a equipe designada para atendimento no consultório 11;
- O paciente deverá ser conduzido ao consultório 11, conforme Anexo 11 deste plano - **Fluxo de Atendimento aos Casos de Suspeito de Covid-19 no Ambulatório do INI**;
- No caso do consultório 11 estar ocupado e/ou se houver uma grande demanda, caberá à coordenação do ambulatório reorganizar o fluxo de atendimento;
- Os profissionais envolvidos no atendimento ao paciente suspeito deverão utilizar EPI conforme descrito no Anexo 03 deste documento – **Protocolo 3: Protocolo para circulação de profissionais e paramentação segura na Área Covid – ÁREA COVID**.

#### **Observações:**

- O paciente deverá permanecer no interior do consultório 11 até o momento de ser conduzido à ÁREA COVID, caso preencha critérios de internação;
- O filtro HEPA do consultório 11 e demais salas do ambulatório destinadas ao atendimento de Covid-19 deverá permanecer ligado **continuamente durante todo o período de rotina – de 2ªf a 6ªf, de 8h às 17h**;
- O elevador deverá ser higienizado após o transporte do paciente (chamar equipe limpeza).

#### **1. ISOLAMENTO DOMICILIAR**

- Caso o paciente não preencha critérios de hospitalização e seja liberado para cumprir quarentena em domicílio, o profissional deverá entregar ao paciente:
  1. Documento com devidas orientações para quarentena domiciliar, que estarão disponíveis em pasta identificada (“Notificação Covid-19), na secretaria do ambulatório ou imprimi-las a partir de documento disponível no diretório Público, pasta “Novo Coronavírus Covid\_19”, **“Covid 19\_Orientações para isolamento domiciliar”**;
  2. Cartão de marcação de consulta contendo e-mail de contato do ambulatório (ambulatorio@ini.fiocruz.br) para informações, dúvidas e orientações que forem necessárias;
- Após receberem as orientações referentes ao processo de isolamento domiciliar, o paciente deverá assinar o **“Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”**, ou o **“Notificação de Isolamento”**, conforme Anexo 20 deste documento, reconhecendo a ciência do isolamento e das possíveis consequências caso não cumpra o que está sendo

orientado pelo profissional, conforme Portaria nº 356 de 11/03/2020 Ministério da Saúde, que

regulamenta em seu artigo terceiro o isolamento em casos de caso suspeito, provável ou confirmado para o novo coronavírus:

*Art. 3º A medida de isolamento objetiva a separação de pessoas sintomáticas ou assintomáticas, em investigação clínica e laboratorial, de maneira a evitar a propagação da infecção e transmissão local.*

*§ 1º A medida de isolamento somente poderá ser determinada por prescrição médica ou por recomendação do agente de vigilância epidemiológica, por um prazo máximo de 14 (quatorze) dias, podendo se estender por até igual período, conforme resultado laboratorial que comprove o risco de transmissão.*

- O termo deverá ser preenchido e assinado pelo profissional que está dando suporte ao atendimento e instruindo o isolamento domiciliar;
- Deverá ser calçado na mão do paciente uma luva de procedimento, para que ele possa assinar o termo de consentimento. Após a luva deverá ser retirada e devidamente descartada;
- Higienizar a caneta utilizada com álcool a 70%;
- Colocar o termo assinado em um saco plástico e lacra-lo. Encaminha-lo junto com a ficha de notificação para o serviço de Vigilância em Saúde do INI;
- O paciente deverá ser orientado a retornar ao INI, caso apresente piora acentuada dos sintomas.

## **2. INTERNAÇÃO**

- Caso seja decidido pela internação do paciente (consultar **Anexo 06-Critérios de Internação Hospitalar e Protocolo para Manejo Clínico do Paciente Internado**), a chefia do ambulatório avisará o responsável pelo setor de internação, que iniciará o processo para recepção do paciente na Área Covid, seguindo os mesmos procedimentos descritos para a chegada de casos referenciados;
- O responsável pela internação deverá avisar pelo menos um dos membros da direção do INI, que comunicará o fato aos mesmos setores especificados na **Parte I** deste protocolo (**Parte I. Paciente Referenciado para Internação Hospitalar**);

- Os profissionais de saúde da equipe mínima designada deverão se paramentar de acordo com as orientações contidas no Anexo 03 deste documento- **Protocolo 3: Protocolo para circulação de profissionais e paramentação segura na Área Covid – ÁREA COVID.**
- Deve ser perguntado se o paciente **utilizou o banheiro do ambulatório.** Em caso afirmativo, **interditar temporariamente o banheiro e chamar o profissional da limpeza designado;**
- O paciente deverá ser conduzido para a ÁREA COVID em maca ou cadeira, preferencialmente pela rampa externa do hospital, ou caso não seja possível, pelo elevador do Pavilhão Gaspar Viana, utilizando máscara cirúrgica e acompanhado por profissional de saúde do ambulatório, paramentado conforme **Anexo 03-Protocolo 3: protocolo para circulação de profissionais e paramentação segura na área de isolamento.**

### **3. Chegada pelo Pavilhão Gaspar Viana em horário de plantão**

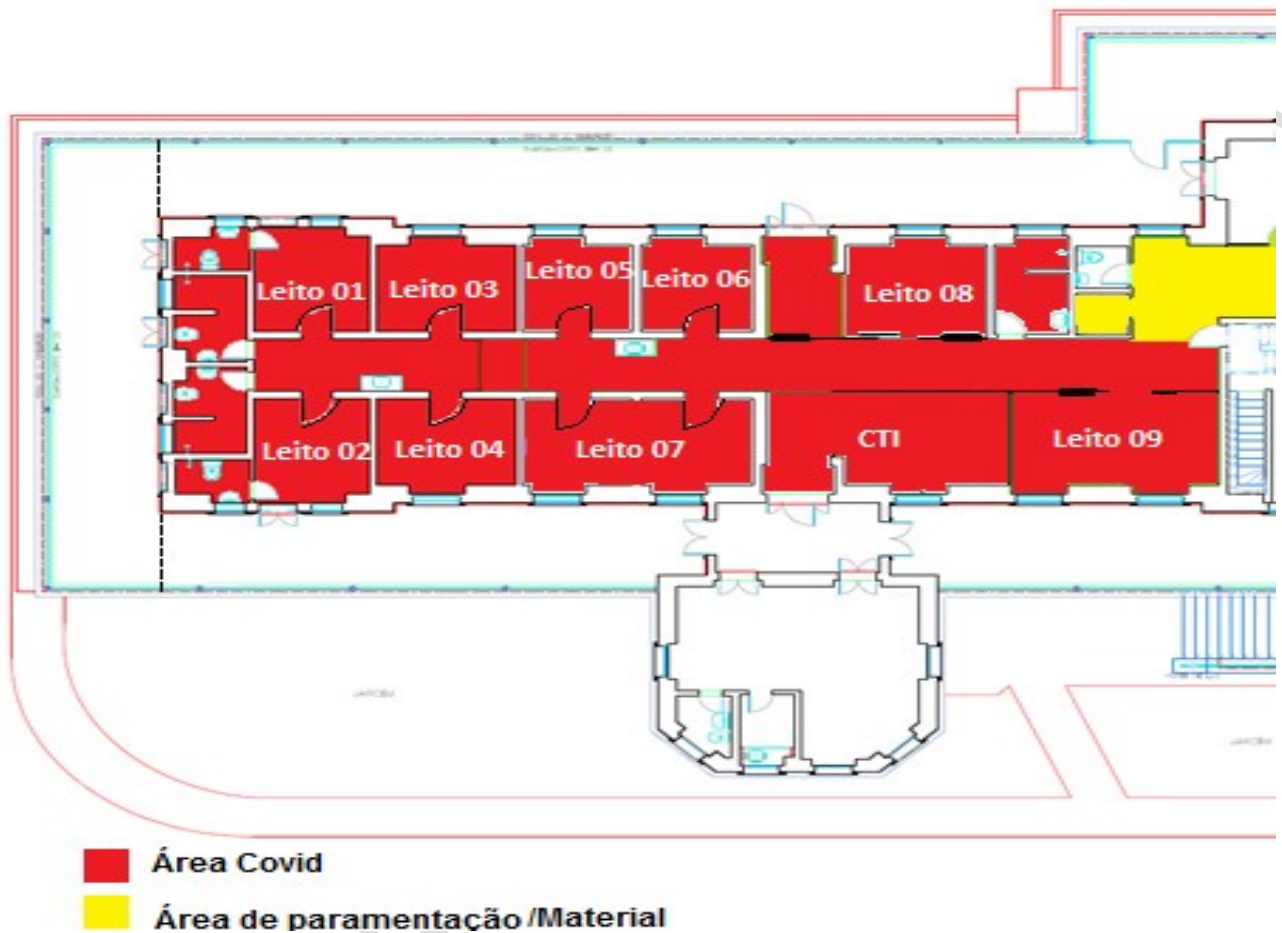
- Caso o paciente se apresente espontaneamente na portaria do Pavilhão Gaspar Viana em horários de plantão ou finais de semana/feriados, o mesmo deverá ser orientado pelo porteiro e/ou recepcionista a colocar imediatamente a máscara cirúrgica, que estará disponível na portaria, conforme orientações contidas no **Anexo 13-Cartaz de orientações aos porteiros e recepcionistas;**
- Nenhum paciente que solicitar atendimento médico poderá subir sem o consentimento do médico plantonista, independente da reivindicação ou dos sintomas;
- O porteiro deverá chamar o médico plantonista que irá de encontro ao paciente, o qual deverá aguardar na área externa da portaria, usando máscara;
- O paciente deverá seguir com o médico para os consultórios 7 e 8 (LabClinTB), onde irá ocorrer o atendimento, cujas chaves estarão disponíveis na portaria – consultar **Anexo 12 - Fluxo de atendimento aos casos suspeitos de Covid-19 no plantão;**
- Após o término do atendimento nos consultórios 7 e 8, o profissional de limpeza deverá ser chamado para prosseguir a imediata higienização da sala (limpeza/desinfecção terminal), e o filtro HEPA deverá permanecer ligado até a manhã seguinte;
- Caso haja necessidade de novo atendimento em sequência, deve-se aguardar o período mínimo de 30min após limpeza terminal e funcionamento do filtro HEPA para iniciar o novo atendimento;
- Após a saída do paciente da recepção, um profissional da equipe de limpeza deverá ser

chamado para realizar a limpeza e desinfecção da portaria;

- Caso o paciente não preencha critérios de hospitalização e seja liberado para cumprir quarentena em domicílio, o profissional deverá seguir as orientações do **Item 2- Isolamento Domiciliar**, deste protocolo;
  
- Caso o paciente preencha critérios para internação hospitalar, seguir os procedimentos descritos nas partes I e II deste Protocolo (**Parte I. Paciente Referenciado para Internação Hospitalar e Parte II. Demanda espontânea**).

CÓPIA NÃO CONTROLADA

**Anexo 02**  
**Mapa da Área Covid**  
**Atualizado em: 22/04/2020**



OBS.: Pode ser ampliada a ÁREA COVID de acordo com a demanda.

**Anexo 03**

**Protocolo para circulação de profissionais e paramentação segura na Área Covid  
Atualizado em: 13/04/2020**

**1. Composição dos Kits de EPI destinado ao profissional e ao paciente**

**1.1. Kit de EPI destinado ao profissional de saúde que entra no quarto do paciente**

- Pijama cirúrgico;
- Capote impermeável descartável de mangas longas;
- Capote de precaução de contato descartável de mangas longas;
- Gorro descartável;
- Protetor facial descartável;
- Propé (opcional);
- Luvas de procedimento (dois pares).

**OBS:**

No caso específico dos profissionais da empresa de diálise (técnicos de HD) e dos técnicos de Rx, estes deverão vestir uma Capote de precaução de contato descartável por baixo do Capote impermeável descartável de mangas longas a fim de utilizá-lo como proteção durante a higienização da máquina de HD e do equipamento portátil de RX.

**Caso ocorra mais de uma diálise ou Rx deve ser colocado um Capote de precaução de contato descartável por cima do Capote impermeável descartável de mangas longas a cada paciente.**

**1.2. Kit exclusivo destinado ao paciente**

- Máscara cirúrgica (sempre durante atendimento por profissional de saúde e em caso de deslocamento para fora do quarto);
- Utensílios exclusivos para aferição de sinais vitais e exame físico (estetoscópio, esfigmomanômetro e termômetro);
- Lenços de papel descartáveis.

## **2. Normas de biossegurança que devem ser observadas para entrada segura na Área Covid**

- TODOS os profissionais que forem assistir os pacientes com Covid-19 deverão usar um pijama cirúrgico por baixo do EPI, ou seja, **DEVERÃO RETIRAR SUA ROUPA DE TRABALHO/JALECO/UNIFORME** e colocar este pijama, que estará disponível junto ao Kit de EPI na Rouparia;
- Retirar todos os adornos (pulseiras, relógios de pulso, brincos, anéis e alianças, colares, crachás) e prender oscabelos;
- Utilizar sapatos fechados;
- Homens devem estar devidamente barbeados de modo a não atrapalhar a vedação da máscara PFF2;
- É proibido comer ou beber na Área Covid;
- É proibido levar canetas, papéis para anotações, prontuários e aparelhos eletrônicos (inclusive celulares) para a Área Covid;
- As evoluções dos profissionais de saúde que assistem o paciente deverão ser realizadas na sala de prescrição e posto de enfermagem, respectivamente, após adequada retirada do EPI e **higienização das mãos**;
- Se durante o atendimento ocorrer contaminação visível do EPI com material biológico, porém sem contato com pele ou mucosa, o profissional deverá seguir os seguintes procedimentos:
  1. Dirigir-se ao **banheiro do quarto** e fazer a contenção do material biológico, removendo o excesso com papel toalha (caso o quarto não possua banheiro privativo, dirigir-se ao banheiro de uso comum dos pacientes e realizar a limpeza);
  2. Após limpeza do EPI, tira-lo no local designado para a desparamentação e higienizar as mãos com água e sabão;
  3. Sair da Área Covid e solicitar novo Kit de EPI;
  4. Colocar novo EPI no local destinado a paramentação.
- Em caso de acidente com material biológico (exposição de pele, mucosas ou percutâneo), consultar Anexo 11 - Fluxo de atendimento aos casos suspeitos de Covid-19 no ambulatório do INI.



### **3. Orientações gerais para a correta paramentação:**

- A paramentação dos profissionais que forem entrar na ÁREA COVID deverá ser realizada na área destinada a paramentação, que corresponde a área limitada com fita amarela, após o tapume preto, onde há os banheiros de visitantes/funcionários;
- Foram fixados cartazes explicativos com todo o passo-a-passo da colocação e retirada do EPI na ÁREA COVID e no CTI;
- Os **Kits de EPI** para os profissionais ficarão sob guarda da **ROUPARIA** durante o horário de rotina, e, em horário de plantão, ficarão sob guarda do serviço de Enfermagem;
- O respirador PPF2 / N95 será de **uso individual para cada profissional de saúde, exclusivo para uso no atendimento a pacientes com Covid-19** e deverá ser guardado após o uso em saco plástico aberto ou furado, ou em envelope de papel, devidamente identificado com nome do profissional, e armazenado em recipiente de plástico específico, identificado para Covid-19;
- Recomendamos prazo mínimo de troca de **15 dias** para a máscara PPF2/N95, desde que preservada a sua integridade e funcionalidade;
- Não é permitida a saída da ÁREA COVID ou de qualquer área destinada ao atendimento de Covid-19 usando EPI contaminado;
- Na ÁREA COVID, os profissionais deverão iniciar o atendimento, sempre que possível, pelos casos suspeitos, deixando por último, os casos confirmados; nessas situações, o profissional deverá preservar, para uso compartilhado entre os pacientes, a máscara, o gorro e o protetor facial, **trocando apenas o Capote de precaução de contato descartável e as luvas**, entre os pacientes, sempre atentando para a higiene das mãos após retirada das luvas;

### **4. Manutenção do Filtro HEPA da ÁREA COVID e demais leitos destinados a internação de pacientes com Covid-19:**

- Por orientação do serviço de Engenharia Clínica do INI, os filtros HEPA dos quartos destinados a internação de pacientes com Covid, inclusive o CTI, devem permanecer constantemente ligados, independente da presença de pacientes. Tal procedimento visa preservar o funcionamento e durabilidade do equipamento;
- Fica acordado com os Serviços de Manutenção/Infraestrutura que **NÃO** serão realizados

procedimentos de rotina ou reparos de menor importância nos equipamentos de Filtro HEPA e ar condicionado (ex. manutenção preventiva), desde que o funcionamento adequado destes equipamentos não fique prejudicado;

- Caso o funcionário da manutenção necessite entrar na ÁREA COVID por motivos de força maior, o mesmo deverá utilizar o EPI já mencionado neste Anexo;
- 5. Instruções para entrada na Área Covid (ÁREA COVID) e demais leitos com pacientes suspeitos ou confirmados de Covid-19 (consultar Anexo 02 – Mapa de Área Covid)**

**5.1. ENTRADA NA ÁREA COVID E PARAMENTAÇÃO**

- Antes dos profissionais se dirigirem à Área Covid, deverão realizar a **lavagem das mãos com água e sabão**;
- Pegar o Kit de EPI na Rouparia;
- Cada Kit deverá conter: 01 Capote impermeável descartável de mangas longas, de mangas longas, 01 capote descartável amarelo, 01 protetor facial descartável, 01 propé (item opcional), 01 gorro descartável;
- A máscara PFF2 será de uso exclusivo do profissional e deverá ser utilizada apenas no atendimento a pacientes com Covid-19;
- Cada profissional terá direito a obter 02 (duas) máscaras em um período de 1 mês, sendo o prazo de troca recomendado de 15/15 dias;
- A paramentação deverá ocorrer na seguinte ordem:
  1. Higienizar as mãos com álcool gel;
  2. Colocar a máscara PFF2;
  3. Higienizar novamente as mãos com álcool gel 70% se a máscara estiver usada;
  4. Colocar o gorro com os cabelos devidamente presos;
  5. Colocar o protetor facial;
  6. Colocar o propé (opcional);
  7. Higienizar as mãos com álcool gel 70%;
  8. Vestir o Capote impermeável descartável de mangas longas e amarrá-lo atrás ou na lateral (nunca na frente);
  9. Calçar dois pares de luvas de procedimento, cobrindo o punho dos capotes.
- Para o atendimento ao paciente, utilizar OS UTENSÍLIOS EXCLUSIVOS que estarão

disponíveis no quarto (estetoscópio, esfigmomanômetro e termômetro);

- NÃO UTILIZAR EQUIPAMENTOS PRÓPRIOS (inclusive estetoscópio);
- Antes e após a utilização do estetoscópio de uso coletivo, o profissional deverá proceder a **higienização completa** do mesmo com álcool a 70%;
- Iniciar as atividades, sempre que possível, pelos pacientes suspeitos de Covid-19, deixando o (s) paciente (s) confirmado (s) por último;
- Entre pacientes suspeitos, trocar o **Capote de precaução de contato descartável** e as **luvas**, higienizando as mãos entre as trocas, mantendo o protetor facial, máscara e gorro.

## 6. RETIRADA DO EPI

Ao terminar o último atendimento, para sair da Área Covid, o profissional deverá retirar todo o EPI na área designada para a desparamentação (que estará sinalizada), obedecendo a seguinte ordem:

1. Retirar a primeira luva de procedimento;
2. Retirar o propé;
3. Desamarrar o capote;
4. Retirar a segunda luva;
5. Higienizar as mãos com álcool gel 70%;
6. Retirar o capote sem encostar na parte externa (contaminada);
7. Higienizar as mãos com álcool gel 70%;
8. Retirar o protetor facial pelo elástico;
9. Higienizar as mãos com álcool gel 70%;
10. Retirar o gorro;
11. Higienizar as mãos com álcool gel 70%;
12. Permanecer com a máscara PFF2 e pijama cirúrgico e deixar a Área Covid pela varanda de frente para o CTI;
13. Retornar a área amarela (área de paramentação) e depositar a máscara devidamente protegida em envelope de papel e identificada, no recipiente específico para a guarda das máscaras N95;
14. Higienizar as mãos com água e sabão.

**Observações:**

- Todo o EPI removido dentro da Área Covid deverá ser descartado imediatamente em bombona específica com saco plástico vermelho, destinada a resíduos da classe A1, a qual deverá ser posteriormente encaminhada para incineração, em conformidade com a RDC 222/18 – ANVISA.
- O pijama cirúrgico deverá ser descartado em hamper de roupa de suja, que encontram-se do lado de fora do estar médico/emfermagem, ao final do plantão ou turno de trabalho.

**7. FLUXO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM COVID-19 NO CTI**

- Antes de se dirigir ao setor, lavar as mãos com água e sabão;
- Pegar o Kit de EPI na Rouparia;
- A paramentação deverá ocorrer no local destinado a paramentação, descrito anteriormente neste Anexo (área amarela);
- Durante todo o tempo em que o profissional estiver dentro do CTI, deverá manter o EPI, substituindo o Capote de precaução de contato descartável e as luvas de procedimento entre os pacientes, atentando para a higiene das mãos entre as trocas;
- O gorro e o protetor facial só serão retirados ao final da visita, quando o profissional deixar o setor;
- A retirada do EPI deverá ser realizada na área designada para a desparamentação, externamente ao CTI (que estará sinalizada), mantendo apenas a máscara;
- Higienizar as mãos com álcool gel 70% antes de sair da área Covid;
- Retornar à área de paramentação (área amarela), retirar a máscara PFF2/N95 pelo elástico, colocá-la em envelope de papel ou saco plástico identificado e depositá-la em recipiente específico para este fim;
- Higienizar as mãos com água e sabão.

### **Anexo 03- Continuação**

#### **SEQUÊNCIA PARA COLOCAR E RETIRAR O EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) NO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE COVID-19**

##### **Área Covid e CTI**



##### **Como vestir o EPI - Passa-a-passo – ÁREA DE PARAMENTAÇÃO (AMARELA)**

1. Lavar as mãos com água e sabão;
2. Colocar a máscara PFF2;
3. Higienizar as mãos com álcool gel 70%;
4. Colocar o gorro com os cabelos devidamente presos;
5. Colocar o protetor facial;
6. Colocar o propé (opcional);
7. Higienizar as mãos com álcool gel 70%;
8. Vestir capote e amarrar por trás ou pela lateral (nunca pela frente);
9. Vestir Capote de precaução de contato descartável (quando for circular entre caso suspeito e confirmado)
10. Calçar dois pares de luvas de procedimento, cobrindo o punho do capote.

##### **Como retirar o EPI - Passo-a-passo –DENTRO DA ÁREA COVID, PRÓXIMO A SAÍDA DA VARANDA:**

1. Retirar a primeira luva de procedimento;
2. Retirar o propé;
3. Desamarrar o capote em cima e em baixo;
4. Retirar a segunda luva;
5. Higienizar as mãos com álcool gel 70%;
6. Retirar o capote sem encostar na parte externa (contaminada);
7. Higienizar as mãos com álcool gel 70%;
8. Retirar o protetor facial pelo elástico;
9. Higienizar as mãos com álcool gel 70%;
10. Retirar o gorro;
11. Higienizar as mãos com álcool gel 70%;
12. Sair da ÁREA COVID com a máscara PFF2, utilizando a saída sinalizada (acesso varanda);
13. Retornar à área de paramentação (amarela) e retirar a máscara PFF2 pelo elástico;
14. Colocar a máscara em envelope identificado e depositá-la no recipiente específico para a guarda das máscaras PFF2;
15. Higienizar as mãos com água e sabão na pia mais próxima.

## **Anexo 04**

### **Protocolo para higienização e limpeza e gerenciamento de resíduos na Área Covid**

**Atualizado em: 22/04/2020**

#### **1. Procedimento para limpeza e desinfecção concorrente da área vermelha e quartos**

##### **1, 2,3 e 4**

#### **1.1. Orientações gerais:**

- Deve haver um profissional exclusivo para limpeza/desinfecção da área vermelha e outro para as áreas amarela e verde durante as 24h;
- A limpeza e desinfecção de superfícies devem ser feitas RIGOROSAMENTE, seguindo as recomendações vigentes no INI, conforme o “Manual de Segurança do Paciente: Limpeza e Desinfecção de Superfícies” da ANVISA de 2012 para áreas críticas;
- A higienização da ÁREA COVID pelo profissional da limpeza deve ser realizada conforme rotina da instituição, utilizando o saneante Prático 100, **03 (três) vezes ao dia** (três turnos/24h) e sempre que necessário;
- Devem ser disponibilizados kits para uso exclusivo na ÁREA COVID, contendo: 01 borrifador com detergente bruto, 01 borrifador com Prático 100, 01 balde azul (água limpa para enxágue), 01 balde vermelho (tanque), 01 pacote de sontara, 01 pano de chão alvejado e 01 fibra, e deverão estar identificados com “Coronavirus”;
- Os kits para limpeza de uso exclusivo para a ÁREA COVID, devem ser entregues ao profissional da limpeza pelo expurgo;
- O **banheiro da ÁREA COVID**, que encontrava-se até então interditado para este fim e destinado a ser o **Depósito de Material de Limpeza (DML)** passará a ser utilizado como banheiro para os pacientes que ocuparem os quartos 3 e 4, devendo ser o DML remanejado para a área de expurgo;
- Os panos utilizados na limpeza da ÁREA COVID devem ser descartados ao término de cada procedimento em saco de lixo infectante VERMELHO;
- Os colaboradores da limpeza terão protetores faciais reprocessáveis que estarão disponíveis para a equipe durante o plantão. Serão em torno de 04 protetores faciais que irão compor o EPI dos funcionários da limpeza para higienização da área onde estão internados os pacientes com Covid-19. Após cada uso, eles serão desinfetados com Prático 100. Aguardar

pelo menos 10 minutos até a próxima utilização;

- Comunicar qualquer irritação de mucosas;
- O protetor facial de acrílico reprocessável deverá ficar armazenado na área amarela da ÁREA COVID, não sendo necessária a identificação com nome haja vista que serão utilizados por toda equipe de limpeza responsável pela higienização da ÁREA COVID;
- Haverá dois pares de **luva de borracha branca de uso exclusivo para higienização da ÁREA COVID**, disponíveis para cada funcionário designado para limpeza da ÁREA COVID: um par destinado a **limpeza leve** (superfícies e mobiliários) e um par destinado a **limpeza pesada** (piso e parede), que deverão estar devidamente diferenciadas;
- O PROFISSIONAL DEVERÁ CALÇAR LUVAS DE PROCEDIMENTO POR BAIXO DA LUVA DE BORRACHA BRANCA PARA LIMPEZA/DESINFECÇÃO DA ÁREA COVID;
- Os equipamentos e artigos médico-hospitalares serão higienizados com álcool a 70% (fricção por 3 vezes), pela equipe de enfermagem ou profissional responsável pelo seu uso.

## 1.2. Acesso a ÁREA COVID (Consultar Anexo 04)

- O profissional da limpeza deve acessar a ÁREA COVID, cumprindo as diretrizes de paramentação contidas no Anexo 03 desse plano - Protocolo para circulação de profissionais e paramentação segura na Área Covid (Kit de EPI destinado ao profissional da limpeza);
- Dirigir-se ao expurgo e pegar o material necessário para limpeza/desinfecção;
- Calçar as luvas de borracha branca para **limpeza leve** (superfícies/mobiliários).

## 1.3. Limpeza do Corredor da ÁREA COVID

1. Iniciar a limpeza pelo corredor da área vermelha, seguindo da pia para as portas dos quartos 1,2, 3 e 4 utilizando panos descartáveis, separados em embalagens devidamente identificadas como "Coronavírus";
2. Terminada a limpeza de superfícies, dirigir-se ao expurgo, retirar a luva branca de limpeza leve (superfícies/mobiliários) e higienizá-la com Prático 100;
3. Retirar as luvas de procedimento, descartá-las imediatamente na bombona do corredor da área vermelha, e higienizar as mãos com álcool gel 70%;
4. Calçar novo par de luvas de procedimento e o outro par de luva branca para **limpeza pesada (piso/parede)**;
5. Terminada a limpeza de piso/parede, realizar a coleta do resíduo do corredor da área vermelha, seguindo as orientações do ITEM 4 desse protocolo;
6. Dirigir-se ao expurgo, retirar a luva branca de **limpeza pesada (piso/parede)** e higienizá-la

com Prático 100;

7. Retirar as luvas de procedimento, descartá-las na bombona do corredor e higienizar as mãos com álcool gel 70%;
8. Calçar novamente as luvas de borracha branca para **limpeza leve (superfícies/mobiliários)**, para dar início a limpeza do quarto do paciente.

#### **1.4. Limpeza dos Quartos e Banheiros**

- Ao entrar no quarto, ter o cuidado de não encostar as mãos enluvadas na maçaneta;
- Prosseguir com a rotina habitual de limpeza/desinfecção, seguindo a direção da porta do quarto para o banheiro, **finalizando com a lavação do banheiro;**
- Os líquidos provenientes da limpeza dos quartos deverão ser descartados conforme orientações do ITEM 4 desse protocolo, e os materiais não descartáveis deverão ser limpos e desinfetados com Prático 100 e acondicionados no expurgo da área vermelha;

#### **2. Procedimentos para higienização e limpeza imediata (em caso de contaminação visível com matéria orgânica):**

A limpeza imediata deve ser realizada em qualquer momento, quando ocorrem sujidades ou contaminação do ambiente e equipamento com matéria orgânica, mesmo após ter sido realizada a limpeza concorrente

- O profissional da limpeza deverá colocar o EPI recomendado conforme Anexo 03 desse plano – **Protocolo 3: Protocolo para Circulação de Profissionais e Paramentação Segura na ÁREA COVID;**
- Em caso de contaminação grosseira com matéria orgânica: retirar o excesso com papel/tecido absorvente e posteriormente realizar a limpeza e desinfecção com água e sabão, seguida a aplicação do Prático 100;
- Caso necessário, outro profissional poderá proceder a imediata contenção da matéria orgânica, antes de chamar a equipe de limpeza, usando papel toalha ou absorvente (colocar por cima, sem manipular diretamente a área, uma quantidade suficiente para absorver a matéria orgânica e minimizar sua dispersão).



### **3. Procedimentos para limpeza/desinfecção terminal do leito após óbito:**

Consultar anexo 22 (Protocolo de Cuidados após a Morte)

### **4. Procedimentos para coleta e descarte de resíduos dos quartos, corredor da ÁREA COVID, CTI e das áreas dos ambulatórios, Central de Materiais de Esterilização, coleta e laboratórios de hematologia, bioquímica e Raio-X.**

**Obs. 1:** Este tipo de resíduo está classificado na categoria A1 conforme RDC 222/18 da ANVISA, e será descartado como resíduo infectante.

**Obs. 2:** Os profissionais envolvidos na segregação dos resíduos devem utilizar os EPI's recomendados, conforme orientação do Anexo 03- Protocolo para Circulação de Profissionais e Paramentação Segura na ÁREA COVID.

A coleta e descarte de resíduos provenientes da ÁREA COVID e demais áreas seguirá as seguintes instruções:

#### **4.1. Orientações Gerais**

- Os sacos utilizados deverão ser de **cor vermelha** com símbolo de material infectante;
- Excepcionalmente, na ausência de sacos vermelhos para atender a demanda, poderá ser utilizado os sacos brancos leitosos com o símbolo de infectante para acondicionar esses resíduos, conforme Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº04/2020, de 31/03/2020;
- O resíduo proveniente da ÁREA COVID deve ser descartado em bombonas forradas com saco vermelho devidamente identificadas com símbolo de material infectante e com "COVID-19", que devem estar disponível no expurgo;
- O resíduo deve ser recolhido quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou no mínimo 01 vez a cada 24h (após visita da equipe multidisciplinar – período vespertino);
- As bombonas armazenadas no expurgo, devem sofrer processo de desinfecção com Prático 100, hipoclorito ou outro meio que venha reduzir os agentes nocivos aos colaboradores, incluindo os da empresa contratada que irão manipular a embalagem;
- O recebimento das bombonas fornecidas pela Cogic será por reposição da bombona disponível no contrato vigente da remoção dos resíduos;

- Os pedidos de remoções **dos resíduos serão realizados pela hotelaria e** devem ser feito através do e-mail: [coleta@fiocruz.br](mailto:coleta@fiocruz.br), aos cuidados do Sr. Alessandro no primeiro horário do dia com as informações necessárias de quantidade e volume. Após o pedido será gerada uma ordem de serviço com número e data e um manifesto com número e código de barra que permitirá a rastreabilidade pelo site do INEA;
- As bombonas serão coletadas nos **respectivos locais**, pela empresa contratada pelo DGA/Cogic;
- A coleta será realizada de segunda-feira a domingo, inclusive feriados, pela empresa contratada, em veículo exclusivo e encaminhada para tratamento térmico (incineração) na usina da empresa contratada;
- As cinzas oriundas do tratamento dos resíduos devem ser encaminhadas para o aterro sanitário;
- O profissional da limpeza, após o recolhimento do resíduo, deverá seguir o procedimento de retirada dos EPI conforme descrito no Anexo 03- Protocolo para Circulação de Profissionais e Paramentação Segura na ÁREA COVID;
- As bombonas devem estar disponíveis na quantidade de duas em cada quarto, uma no corredor e uma na antissala duas no CTI.

#### **4.2. Coleta dos resíduos da ÁREA COVID**

As seguintes orientações devem ser seguidas para o recolhimento do resíduo dos quartos e corredor:

- a) Fechar os sacos vermelhos
- b) Retirar a lixeira dos quartos;
- c) Levar até a área do expurgo;
- d) Transferir os sacos para as bombonas de 200l;
- e) Lacrar as bombonas 200l;
- f) Higienizar as lixeiras com Prático 100 e retorna-las para o quarto;
- g) Lacrar as bombonas de 200l;
- h) Higienizar as bombonas de 200l com Prático 100.

### 4.3 Coleta dos resíduos do CTI

As seguintes orientações devem ser seguidas para o recolhimento do resíduo dos leitos do CTI:

- a) Fechar os sacos vermelhos
- b) Retirar a lixeira dos quartos;
- c) Levar até a área do expurgo;
- d) Transferir os sacos para as bombonas de 200l;
- e) Lacrar as bombonas 200l;
- f) Higienizar as lixeiras com Prático 100 e retorna-las para o quarto;
- g) Lacrar as bombonas de 200l;
- h) Higienizar as bombonas de 200l com Prático 100.

O resíduo será encaminhado ao descarte final, no expurgo da área vermelha da ÁREA COVID, através da porta principal do CTI e do acesso externo (varanda).

A saída do resíduo deve ser supervisionada de maneira que não tenha circulação de pessoas no corredor.

### 4.5 Coleta dos resíduos do Ambulatórios, Central de Materiais de Esterilização e laboratórios de hematologia, bioquímica e Raio-X.

1. O resíduo proveniente dos **ambulatórios de atendimento ao COVID 19, Central de Materiais de Esterilização, coleta e laboratórios de hematologia e bioquímica** deve ser descartado em bombonas de 50L devidamente identificadas como Covid 19 com símbolo de material infectante, forradas com saco de lixo Vermelho;
2. As bombonas devem estar disponíveis na quantidade de duas para cada ambulatório e laboratórios e uma na Central de Materiais de Esterilização e coleta;
3. As seguintes orientações devem ser seguidas para o recolhimento do resíduo:
  - a. Fechar os sacos vermelhos ;
  - b. Lacrar as bombonas de 50L;
  - c. Higienizar as bombonas com Prático 100;

|                                                                                                                |                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>Título: PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA MANEJO DE CASOS DE INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVIRUS (SARS-COV2) NO INI</b> | <b>Código: INI-PL-VDSC.001</b> |
|                                                                                                                | <b>Revisão: 11</b>             |

- d. Encaminhar as bombonas para o expurgo;
- e. Substituir as bombonas.

#### 4. Fluxo de entrada e saída dos resíduos

| <b>Local</b>                             | <b>Entrada</b>               | <b>Saída</b>                             | <b>Qde de Bombonas</b> |
|------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------|------------------------|
| Ambulatório                              | Porta de 1º Atendimento      | laboratórios de hematologia e bioquímica | 08                     |
| Central de Materiais de Esterilização    | Expurgo da internação        | Expurgo da internação                    | 01                     |
| Coleta                                   | Portaria Principal da Coleta | Portaria Principal da Coleta             | 01                     |
| Laboratórios de hematologia e bioquímica | Saída de emergência          | Saída de emergência                      | 01                     |
| Laboratórios de hematologia e bioquímica | Saída de emergência          | Saída de emergência                      | 01                     |
| Raio-X                                   | Portaria Principal da Coleta | Portaria Principal da Coleta             | 01                     |
| Anatomia Patológica                      | Porta Principal              | Saída do Corpo                           | 02                     |
| Imunológico                              | Porta principal              | Porta principal                          | 01                     |
| Neuroinfecto                             | Porta lateral                | Porta lateral                            | 02                     |

5. Para estes procedimentos, o profissional de limpeza deverá usar apenas o EPI de manipulação e transporte dos resíduos, conforme rotina hospitalar.
6. A equipe de higiene realizará coleta e descarte dos resíduos extraordinários/ infectantes dos demais leitos e setores do hospital através da varanda lateral (saída de frente para o CTI), sendo proibida a passagem por dentro da ÁREA COVID;
7. O resíduo será encaminhado ao descarte final, no expurgo da área vermelha da ÁREA COVID, através do acesso externo (varanda);
8. Para estes procedimentos, o profissional de limpeza deverá usar apenas o EPI de manipulação e transporte dos resíduos, conforme rotina hospitalar.

**Nota 1:** A área próximo ao expurgo, a partir da porta do CTI, será interditada. Essa área passa a ser o abrigo temporário dos resíduos infectantes comuns.

**Nota 2:** O expurgo deve ser exclusivo para as bombonas dos resíduos da ÁREA COVID e CME e a acomodação de alguns materiais de limpeza.

|                                                                                                                |                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>Título: PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA MANEJO DE CASOS DE INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVIRUS (SARS-COV2) NO INI</b> | <b>Código: INI-PL-VDSC.001</b> |
|                                                                                                                | <b>Revisão: 11</b>             |

**Anexo 05**  
**Protocolo para notificação/investigação epidemiológica<sup>3</sup>**  
**Atualizado em: 06/04/2020**

## **1. Notificação**

A COVID-19 é uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) e Nacional sendo, portanto, um evento de notificação imediata. A notificação deve ser realizada pelo meio de comunicação mais rápido disponível, em até 24 horas, a partir do conhecimento de caso que se enquadre na definição de suspeito. O Serviço de Vigilância em Saúde (SEVS) do INI deve ser acionado de imediato por telefone através dos ramais: 9554/9502 durante o horário regular. Nos finais de semana e feriados a equipe do SEVS trabalha em regime de plantão telefônico realizando busca ativa de casos. Os números de telefone da equipe do SEVS estão disponíveis na sala de prescrição para contato imediato.

O formulário de notificação (Anexo 17) está disponível em papel nos locais de atendimento de casos suspeitos no ambulatório e na enfermaria e em arquivo no diretório público pasta NOVO CORONAVIRUS COVID\_19.

A equipe do SEVS acionará a Rede CIEVS para notificação de casos suspeitos do novo coronavírus por meio telefônico e os dados serão digitados no formulário do E-SUS VE (<https://datasus.saude.gov.br/esusve/>).

Os casos suspeitos de COVID-19 que atendem à definição de caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)\* devem ser notificados somente no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe). Todos os formulários estão disponíveis em meio físico no ambulatório e internação.

\*Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O<sub>2</sub> < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independentemente de internação.

### **1.1. Caso suspeito de doença pelo Coronavírus 2019 (Covid-19)**

Consultar Anexo 10 (Fluxo de primeiro atendimento e notificação em caso suspeito do Novo Coronavírus (SARS-Cov2))

### 1.1.1 Caso suspeito

**DEFINIÇÃO 1: SÍNDROME GRIPAL (SG):** indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre\*, mesmo que relatada, acompanhada de tosse **OU** dor de garganta **OU** coriza **OU** dificuldade respiratória. \*Na suspeita de COVID-19, a febre pode não estar presente.

1. **EM CRIANÇAS:** considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.
2. **EM IDOSOS:** a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

**DEFINIÇÃO 2: SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG):** Síndrome Gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório **OU** Pressão persistente no tórax **OU** saturação de O<sub>2</sub> menor que 95% em ar ambiente **OU** coloração azulada dos lábios ou rosto.

1. **EM CRIANÇAS:** além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

febre<sup>1</sup> E pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O<sub>2</sub><95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia) E com histórico de viagem para país com transmissão sustentada OU área com transmissão local nos últimos 14 dias; OU

### 4.1.2. Caso Confirmado

**POR CRITÉRIO LABORATORIAL:** caso suspeito de SG ou SRAG com teste de:

**Biologia molecular (RT-PCR em tempo real, detecção do vírus SARS-CoV2, Influenza ou VSR):**

**Doença pelo Coronavírus 2019:** com resultado detectável para SARS-CoV2.

**Influenza:** com resultado detectável para Influenza.

**Vírus Sincicial Respiratório:** com resultado detectável para VSR.

**Imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos):**

**Doença pelo Coronavírus 2019:** com resultado positivo para anticorpos IgM e/ou IgG. Em amostra coletada após o sétimo dia de início dos sintomas.

**POR CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO:** caso suspeito de SG ou SRAG com:

Histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19 e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

**A AVALIAÇÃO DO GRAU DE EXPOSIÇÃO DO CONTATO DEVE SER INDIVIDUALIZADA, CONSIDERANDO-SE, O AMBIENTE E O TEMPO DE EXPOSIÇÃO.**

**FEBRE:**

Considera-se febre temperatura acima de 37,8°

- Alerta-se que a febre pode não estar presente em alguns casos como por exemplo: em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nessas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação.
- Considerar a febre relatada pelo paciente, mesmo não mensurada.

**- CONTATO PRÓXIMO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19:**

- Uma pessoa que teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos);
- Uma pessoa que tenha contato direto desprotegido com secreções infecciosas (por exemplo, gotículas de tosse, contato sem proteção com tecido ou lenços de papel usados e que contenham secreções);
- Uma pessoa que teve contato frente a frente por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros;
- Uma pessoa que esteve em um ambiente fechado (por exemplo, sala de aula, sala de reunião, sala de espera do hospital etc.) por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros;
- Um profissional de saúde ou outra pessoa que cuide diretamente de um caso de COVID-19 ou trabalhadores de laboratório que manipulam amostras de um caso de COVID-19 sem

Equipamento de Proteção Individual (EPI) recomendado, ou com uma possível violação do EPI;

- Um passageiro de uma aeronave sentado no raio de dois assentos de distância (em qualquer direção) de um caso confirmado de COVID-19; seus acompanhantes ou cuidadores e os tripulantes que trabalharam na seção da aeronave em que o caso estava sentado.

**- CONTATO DOMICILIAR DE CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-19:**

- Uma pessoa que resida na mesma casa/ambiente. Devem ser considerados os residentes da mesma casa, colegas de dormitório, creche, alojamento etc.

**2. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL:**

A realização de coleta de amostra respiratória está indicada sempre que o paciente atender a definição de caso suspeito de Covid-19. Considerando se tratar de um novo vírus ou novo subtipo viral em processo pandêmico, a amostra deverá ser coletada até o 7º dia dos sintomas, preferencialmente até o 3º dia. Orienta-se a coleta de 1 (uma) amostra respiratória, dentre as seguintes possibilidades:

**1.1. Amostra de Aspirado nasofaríngeo (ANF)**

Swabs combinados (nasal + oral) (1 kit com três swabs no mesmo meio de transporte\*)

\*O meio de transporte ficará acondicionado na geladeira da sala de medicação da enfermaria e na geladeira do ambulatório.

O swab deve ser “quebrado” na marca vermelha antes de ser acondicionado no meio de transporte.

**OU**

**2.2. Amostra de secreção respiratória inferior:** escarro, lavado traqueal ou lavado broncoalveolar.

- As amostras deverão seguir em caixa térmica, dentro de sacos plásticos tipo ziplock, devidamente identificados, com gelo reciclável, refrigeradas a 4-8°C e devem ser processadas dentro de 24 a 72 horas da coleta até chegar ao laboratório que realizará o exame (LACEN ou IOC). Após esse período, recomenda-se congelar as amostras a -70°C até o envio ao laboratório, assegurando a manutenção da temperatura;
- A caixa térmica (isopor) deve ser de uso exclusivo para amostras respiratórias com suspeita de Covid-19, portanto sem outras amostras para outros exames (ex. sangue) ou outras suspeitas



(ex. sarampo). Junto à amostra deverá ser encaminhado o formulário de notificação devidamente preenchido;

- O profissional de saúde responsável pela coleta de amostras respiratórias deverá utilizar os seguintes equipamentos de proteção individual (EPI):
  1. Máscara do tipo PFF2;
  2. Gorro descartável;
  3. Protetor facial descartável;
  4. Propé (opcional);
  5. Capote impermeável descartável de mangas longas descartável, impermeável, de mangas longas;
  6. 01 (um) par de luvas de procedimento;
  7. 01 (um) par de luvas estéreis;
  
- A amostra respiratória será enviada diretamente ao laboratório de referência - Laboratório de Vírus Respiratórios e Sarampo da Fundação Oswaldo Cruz (IOC-FIOCRUZ/RJ)
  
- A amostra respiratória deverá ser cadastrada no sistema GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL (GAL) no INI, antes de seu envio ao laboratório de referência

<sup>3</sup> Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde

## **Anexo 06**

### **Critérios de internação hospitalar e protocolo para manejo clínico do paciente internado** **Atualizado em: 23/03/2020**

#### **1. Orientações e recomendações gerais na assistência e manejo de casos suspeitos de infecção pelo SARS-CoV2 (pacientes internados)**

- Ensinar aos pacientes bons hábitos de higiene respiratória (etiqueta ao tossir), disponibilizar lenços descartáveis dentro do quarto;
- Salvo casos seletos a serem avaliados, fica **proibida** a presença de visitantes, familiares e acompanhantes durante a internação;
- Deverá ser realizado controle de entrada de profissionais (registro em livro próprio, que ficará sob guarda da enfermagem) e de eventuais visitantes (registro do visitante pela recepcionista em livro próprio);
- O nº de profissionais de saúde em cada atendimento deverá ser restrito ao mínimo necessário, principalmente durante procedimentos de risco para geração de aerossóis;
- Os profissionais designados para o atendimento a casos suspeitos de SARS- CoV2 devem ser preferencialmente exclusivos para o cuidado do paciente;
- EPI e equipamentos usados na assistência destes pacientes devem ser preferencialmente DESCARTÁVEIS ou de uso exclusivo;
- Se necessário compartilhar equipamentos entre pacientes, o profissional de saúde deverá realizar desinfecção com álcool a 70%, fricção por 3 vezes, após cada uso;
- RX e outros exames de imagem, deverão ser realizados de preferência no leito;
- Evitar, sempre que possível, procedimentos que possam gerar e dispersar aerossóis no ambiente (ex. Escarro induzido, nebulização, aspiração aberta das vias aéreas);
- Evitar deslocamentos desnecessários do paciente para fora do quarto; quando inevitável, colocar máscara cirúrgica no mesmo e EPI apropriado no profissional que fará o transporte;
- Em caso de deslocamento: estabelecer rotas de transporte predeterminadas, evitando cruzamentos; notificar com antecedência o setor que receberá o paciente sobre a chegada do mesmo; após término do exame ou procedimento, acionar a equipe de limpeza para higienizar o ambiente e todas as superfícies que entraram em contato com o paciente.
- Os pacientes internados com suspeita de infecção por SARS-CoV 2 devem ser atendidos preferencialmente por último, em relação aos demais, salvo em situações de maior

gravidade e urgência de atendimento;

- Para maior segurança do profissional, o paciente deve permanecer utilizando máscara cirúrgica durante todo o atendimento, a fim de minimizar a contaminação do ambiente e do profissional;
- Nenhum outro profissional de saúde terá acesso à Área Covid, ficando estes dois responsáveis pelo atendimento, realização de procedimentos terapêuticos/diagnósticos e pelo fornecimento de alimentos para os pacientes avaliados. Deverão ser minimizadas as entradas no setor de isolamento;

## **2. Critérios para Internação Hospitalar**

- Casos com frequência respiratória acima de 22irpm **ou**  $\text{SatO}_2 \leq 95\%$  devem ser internados. Casos com sinais de disfunção orgânica clínica não respiratória (alteração do nível de consciência ou hipotensão) ou laboratorial (disfunção renal, hematológica ou hepática) e também quadros respiratórios leves, mas em indivíduos que apresentem comorbidades, especialmente se descompensadas, também devem ser internados;
- Devido ao risco de contaminação e dificuldade de garantir um fluxo em que o caso suspeito seja levado com acompanhante profissional de saúde, com EPI, até a radiologia, bem como pela necessidade de uso correto de EPI sem contaminação do ambiente na radiologia, que tem de estar compartilhado com a coleta laboratorial, optamos inicialmente por evitar a realização de exame radiológico em pacientes que não sejam candidatos à internação;
- Para os casos que serão internados a radiografia de tórax deverá ser feita no leito, assim que o paciente chegar à unidade de internação. Apesar de sabermos da importância da radiologia para confirmação do diagnóstico de Pneumonia, lembramos que dados da epidemia de SARS-COV2 mostram que o surgimento da imagem pode ser tardio em relação à clínica, não sendo, portanto, um bom marcador de gravidade e critério para internação. De acordo com a literatura, vários casos mais leves só são identificados pela tomografia computadorizada de tórax, no momento indisponível em nosso serviço.
- Os indivíduos que não serão internados devem ser orientados a manter isolamento no domicílio, sendo disponibilizado máscara cirúrgica e recebendo cartilha de orientação e se possível com instrução para os acompanhantes, indicando sinais de alertas para contactar o INI e também caso algum contactante apresente sintomas.

### **3. Diagnóstico**

Proceder conforme item 2 do Anexo 05 -Protocolo para notificação/investigação epidemiológica.

### **4. Terapia e Monitoramento dos Paciente Internados- Conduta médica:**

- Administrar oxigenoterapia suplementar imediatamente a pacientes com  $\text{SatO}_2 < 92\%$  e dificuldade respiratória, hipoxemia ou choque;
- Optar por tratamento conservador de reposição volêmica em pacientes com síndrome respiratória aguda grave (SRAG) quando não houver evidência de choque;
- Administrar antimicrobianos empíricos para tratar os patógenos prováveis que causam SRAG e oseltamivir (75mg de 12/12h por 5 dias); administre antimicrobianos dentro de uma hora da avaliação inicial de pacientes com sepse;
- Não administrar rotineiramente corticosteróides sistêmicos para tratamento de pneumonia viral ou SRAG fora dos ensaios clínicos, a menos que sejam indicados por outro motivo;
- Monitorar de perto os pacientes com SRAG quanto a sinais de complicações clínicas como insuficiência respiratória e sepse de progressão rápida e adotar intervenções de suporte imediatamente;
- Considerar as comorbidades do paciente para atendimento individualizado e prognóstico. Manter uma boa comunicação com o paciente e seus familiares.

### **4. Terapia e Monitoramento dos Pacientes Internados- Conduta de Enfermagem:**

- Os horários de entrada da equipe mínima serão definidos diariamente, de acordo com o quadro clínico, para administração de cuidados, medicamentos e das refeições, que deverão ser servidas em utensílios descartáveis, sendo no mínimo três visitas diárias;
- Será escalado um técnico de enfermagem por plantão, que ficará responsável apenas por este(s) paciente(s);
- Todos os pacientes deverão, logo após admissão e a coleta de sangue, ter uma veia periférica puncionada para hidratação venosa;
- O uso de oxigênio suplementar ficará a critério da avaliação dos profissionais de saúde. Em caso de suporte avançado, este será realizado dentro da própria área de isolamento;
- Os horários de medicação deverão sempre que possível coincidir com os horários de

alimentação e avaliação do estado clínico;

- Levar a medicação do horário pronta dentro de um grau cirúrgico dentro de uma bandeja ou cuba, se paramentar e com a bandeja/cuba com a medicação preparada ir para o quarto do paciente. Descartar o grau cirúrgico usado dentro do quarto do paciente;
- Encaminhar a bandeja para desinfecção no expurgo da CME conforme rotina da Instituição.

## 5. Primeiro Atendimento do Enfermeiro - coleta de swabs

A paramentação dos profissionais que prestarão assistência ao paciente deve ser feita no momento da chegada do paciente a Área Covid, de acordo com as orientações do Anexo 03 deste plano – **Protocolo 3: Protocolo para circulação de profissionais e paramentação segura na ÁREA COVID;**

- Após paramentação na área amarela da ÁREA COVID, entrar no quarto, sem tocar na porta/maçaneta com as mãos enluvadas, e se apresentar ao paciente;
- Calçar a luva estéril, por cima da luva de procedimento, para a coleta dos espécimes clínicos, informando ao paciente sobre o procedimento;
- Coleta do sangue: obter 1 (uma) amostra e deixar o acesso venoso pronto para uso;
- Coleta dos swabs: obter 1 (um) swab orofaríngeo e 2 (dois) swabs nasais (direito e esquerdo);
- Colocar os swabs em meio de cultura apropriado e acomodá-los em sacos plásticos, tipo Ziplock, separados e devidamente identificados;
- Ainda no interior do quarto, retirar a luva estéril, com cuidado para não tocar na sua parte externa, e desprezá-la na bombona;
- Retirar e desprezar a luva de procedimento, com cuidado para não tocar na sua parte externa;
- Higienizar as mãos com álcool gel 70%;
- Retirar o restante do EPI, dentro do quarto do paciente, conforme orientações contidas no Anexo 03 deste documento – **Protocolo 3: Protocolo para circulação de profissionais e paramentação segura na Área Covid.**

## **6. Casos Confirmados com Coronavirus SARS-COV2**

- Caso já os pacientes tenham mais de uma semana do início dos sintomas e estejam clinicamente bem, pode ser considerada alta hospitalar com orientação para manter isolamento domiciliar pelo menos até completar 7 dias sem febre;
- A prescrição deve ser reavaliada buscando suspender antibioticoterapia, ou antiviral desnecessário;
- Casos graves que necessitem internação em Unidade de Terapia Intensiva e ventilação mecânica, por tempo prolongado, especialmente se imunocomprometidos ou recrudescendo a febre, (que pode ser por infecção secundária) pode ser considerado repetir a RT- PCR para Coronavirus pelo risco de transmissão prolongada, tentando definir melhor o tempo de isolamento;
- Os casos descartados devem seguir a rotina habitual da enfermaria.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

**Anexo 07**  
**Protocolo em caso de acidente com material biológico**  
**Atualizado em: 09/03/2020**

Em caso de acidente perfurocortante, exposição de pele e/ou mucosas à sangue, fluidos corporais ou secreções de pacientes com suspeita ou infecção confirmada pelo SARS-CoV2, o profissional deverá seguir as orientações abaixo:

- Interromper imediatamente e com segurança o que estiver fazendo;
- Sair do quarto do paciente e dirigir-se à pia da área vermelha da ÁREA COVID e lavar abundantemente o local afetado com água e sabão antisséptico (clorexidina), se for exposição de pele;
- Em caso de exposição de mucosas, lavar exaustivamente a área afetada com água corrente ou soro fisiológico;
- Não usar soluções de cloro ou outros desinfetantes para lavar pele ou mucosas, tampouco fazer expressão de feridas;
- Após a limpeza da pele ou mucosa, proceder à remoção adequada do EPI, conforme Anexo 03 - **Protocolo 3: Protocolo para Circulação de Profissionais e Paramentação Segura na Área Covid**, desprezando o EPI contaminado imediatamente na lixeira da área vermelha;
- HIGIENIZAR AS MÃOS COM ÁGUA E SABÃO;
- Deixar a Área Covid com segurança e notificar o acidente ocorrido por meio do preenchimento da **ficha de notificação de acidente de trabalho com exposição a material biológico**, disponível no ambulatório (consultar Anexo 10- fluxo de acidente de trabalho no INI)

## **Anexo 08**

### **Protocolo para encaminhamento de material biológico para o laboratório**

**Atualizado em: 09/03/2020**

#### **1. Coleta do Material para Exame**

- O profissional médico/enfermeiro deve solicitar a presença do profissional responsável pelo transporte da amostra (Apoio de Enfermagem) utilizando o comunicador do quarto (babá eletrônica);
- O profissional médico/enfermeiro deve realizar a coleta do material para exame no tempo oportuno dentro do quarto do paciente;
- O profissional responsável pela coleta leva o tubo/frasco com a amostra do paciente até o limite da área vermelha, acondicionando-o em saco plástico, sem encostar o tubo na parte externa do mesmo;
- Depositar o saco contendo o espécime clínico em carrinho ou mesa;
- Retirar a luva estéril, desprezá-la na lixeira, identificar o saco plástico e depositá-lo em maleta rígida específica;
- Retirar segunda luva e desprezá-la na lixeira;
- Higienizar as mãos com álcool 70% em gel;
- Retirar o capote, cuidando para não encostar na parte externa do mesmo;
- Retirar o protetor facial pelo elástico e desprezá-lo na lixeira;
- Retirar o gorro;
- Higienizar as mãos com álcool 70% em gel;
- Manter a máscara PFF2;
- Entregar a maleta ao profissional responsável pelo transporte da amostra, que deve estar paramentado conforme Anexo 03 deste plano - **Protocolo 3: Protocolo para circulação de profissionais e paramentação segura na Área Covid**, para proceder a condução do espécime clínico ao laboratório.

#### **2. Recebimento no Laboratório (setor de coleta) de amostras para pesquisa de Coronavírus durante o plantão (noite, finais de semana e feriados)**

- O profissional do Laboratório deve paramentar-se com o seguinte EPI: máscara cirúrgica, Capote de precaução de contato descartável descartável por cima do jaleco, luvas de



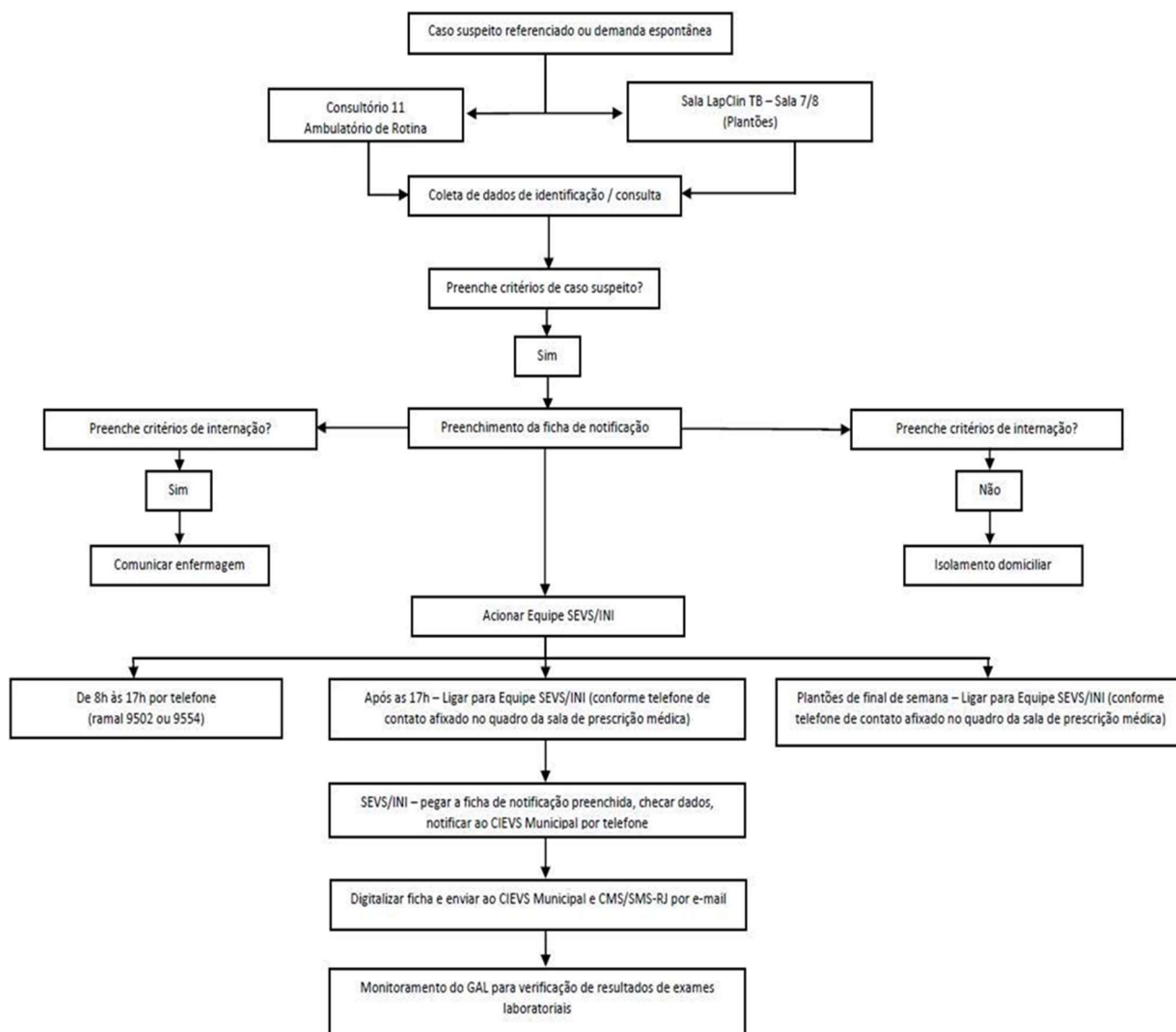
|                                                                                                                |                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>Título: PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA MANEJO DE CASOS DE INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVIRUS (SARS-COV2) NO INI</b> | <b>Código: INI-PL-VDSC.001</b> |
|                                                                                                                | <b>Revisão: 11</b>             |

procedimento, protetor facial (de preferência, reprocessável);

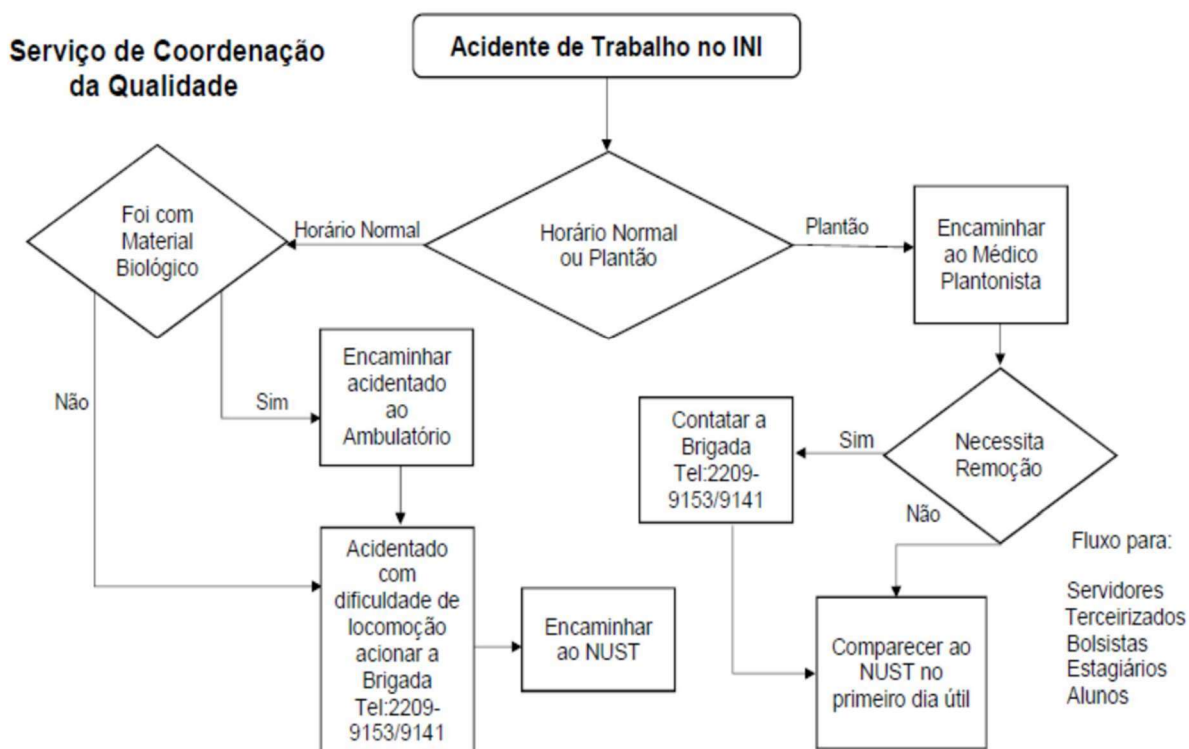
- Realizar desinfecção externa da maleta com álcool à 70%, espalhando-o com papel toalha de forma a cobrir toda a superfície. Repetir o procedimento por 3 (três) vezes;
- Abrir a maleta, retirar os tubos com as amostras de sangue (se houver) e fazer higienização destes tubos com álcool 70°, antes de realizar os exames solicitados;
- Retirar a caixa térmica (isopor), lacrado com os swabs em seu interior, e realizar desinfecção externa dele;
- Colocar caixa térmica (isopor) dentro de um saco plástico, lacrá-lo e colocá-lo no refrigerador (2-8°C);
- Caso a caixa térmica (isopor) não seja retirada no período de até 48h, armazenar em freezer a -70°C;
- Realizar higienização interna da maleta com álcool à 70° (03 vezes). A maleta só poderá ser retirada pelo serviço de Apoio de Enfermagem da enfermagem após a devida higienização;
- Anotar a realização do procedimento de desinfecção em formulário próprio;
- Para a transferência da caixa térmica (isopor) com os swabs oral e nasais para o laboratório do IOC, o profissional deve se paramentar com os EPI's supracitados e retirar a caixa térmica (isopor) do refrigerador ou freezer, colocando o material em maleta higienizada e entregá-la ao responsável pelo transporte;
- Após a entrega do material ao laboratório do IOC, a maleta deverá retornar para o serviço de coleta para sofrer higienização.

OBS.: Sempre que possível o ambulatório/ enfermagem deve enviar os frascos/tubos sem sujidade.

**Anexo 09**  
**Fluxo de Primeiro Atendimento e Notificação em Caso Suspeito do Novo Coronavírus (SARS-CoV2)**  
**Atualizado em: 09/03/2020**



**Anexo 10**  
**Fluxo de acidente de trabalho no INI**  
**Atualizado em: 09/03/2020**

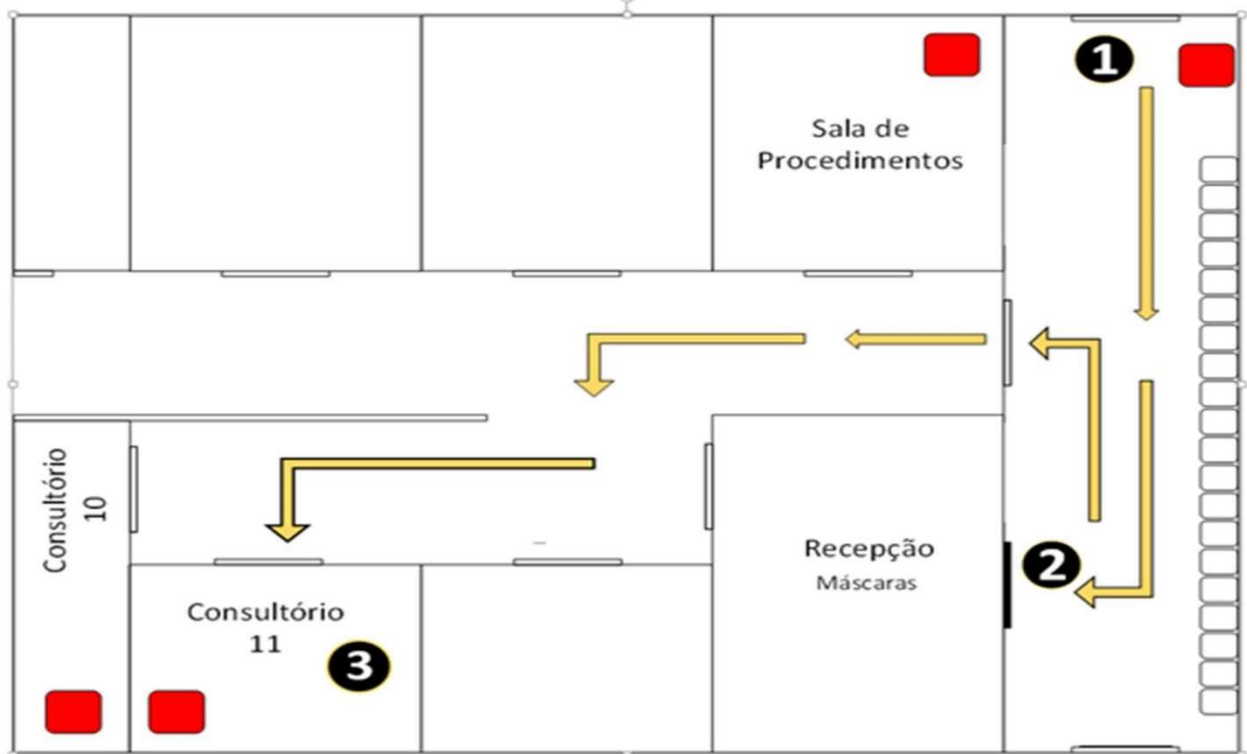


Obs: Acidente com produtos químicos acionar a Brigada e o Meio Ambiente (2209-9177/9179)

Revisão 001/2016 - SCQ – Out/2016

CÓPIA

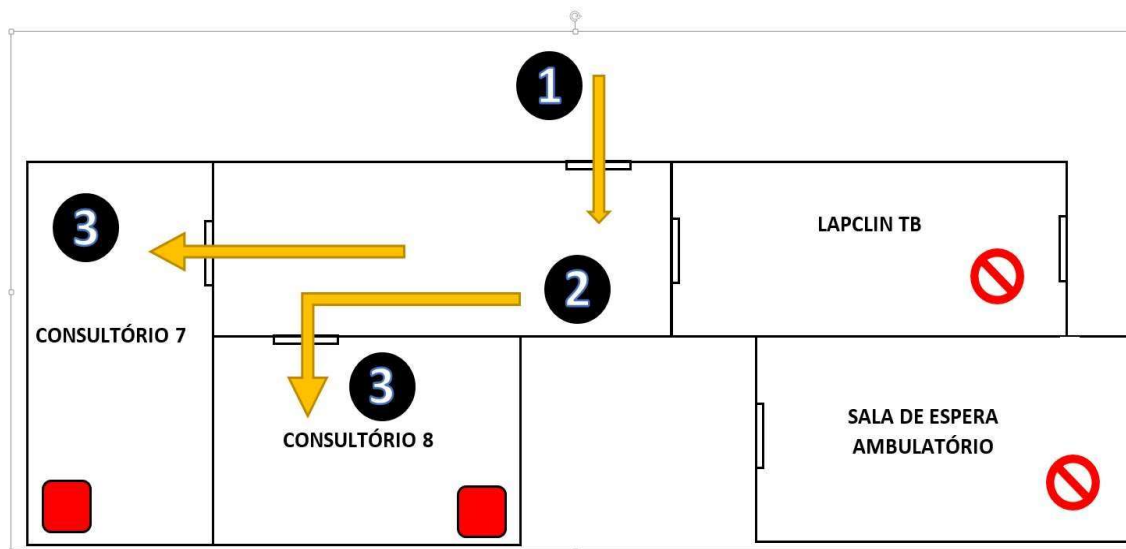
Anexo 11  
Fluxo de Atendimento aos Casos Suspeitos de Covid-19 no Ambulatório do INI  
Atualizado em: 09/03/2020



- 1** Chegada do paciente suspeito de Covid-19 ao ambulatório.
- 2** Na recepção do ambulatório, o paciente deverá solicitar a máscara. O trabalhador da recepção acionará a equipe de enfermagem para priorização do atendimento ao caso suspeito.
- 3** O atendimento médico será realizado no consultório 11.

Filtro HEPA

**Anexo 12**  
**Fluxo de Atendimento aos Casos Suspeitos de Covid-19 no Plantão**  
**Atualizado em: 06/03/2020**



- 1** Chegada do paciente suspeito de Covid-19 ao Plantão.
- 2** Na recepção o paciente deverá receber, do porteiro, a máscara cirúrgica, conforme cartaz de orientações para a portaria do Pavilhão Gaspar Viana (consultar Anexo 14)
- 3** O atendimento médico será realizado nos consultórios 7 ou 8.



Filtro HEPA



Áreas NÃO DESTINADAS a atendimento

**Anexo 13**

**Cartaz de Orientações aos Porteiros e Recepcionistas do Pavilhão Gaspar Viana  
Atualizado em: 20/03/2020**

**ORIENTAÇÕES AOS PORTEIROS E RECEPCIONISTAS DO PAV. GASPAR VIANA**

**# CORONAVÍRUS #**

**Caso pessoas cheguem à recepção do Pavilhão Gaspar Viana, seja por meios próprios ou trazidas por ambulância, solicitando atendimento por suspeita de Coronavírus, as orientações são:**

- 1. Dar uma máscara cirúrgica para o paciente (cobrir nariz e boca);**
- 2. Pedir ao paciente que aguarde na área externa (lado de fora do vidro);**
- 3. Chamar o médico plantonista pelo telefone para descer;**
- 4. Higienizar as mãos com álcool gel!!**
- 5. Chamar profissional da limpeza para higienizar a recepção após a saída do paciente.**
- 6. Todo paciente que chegar para Pronto Atendimento (PAT), independente dos sintomas, deverá aguardar do lado de fora da portaria para ser atendido. O médico deverá ser comunicado da chegada do paciente e ele descerá para fazer a avaliação e definir se o paciente vai subir ou não.**

**Anexo 14**  
**Recomendações para o paciente no domicílio**  
**Atualizado em: 09/03/2020**

**NOVO CORONAVÍRUS (COVID 19)**  
**ISOLAMENTO DOMICILIAR INSTRUÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES**

**O QUE É ISOLAMENTO DOMICILIAR?**

É uma forma de permanecer em casa tomando alguns cuidados que diminuem o risco de transmitir infecções respiratórias, como a provocada pelo Novo Coronavírus (SARS-Cov2). Estes cuidados especiais impedem o contato das secreções respiratórias (gotículas expelidas ao espirrar ou tossir) de uma pessoa que pode estar com o Novo Coronavírus (SARS-Cov2) entrem em contato com outras pessoas.

**QUEM DEVE FICAR EM ISOLAMENTO DOMICILIAR?**

Os casos suspeitos de COVID-19 até receber o resultado negativo dos exames. Se o resultado for positivo o paciente deve ficar em isolamento até o desaparecimento dos sintomas respiratórios. A equipe de saúde orientará os pacientes e seus familiares sobre quando é necessário fazer esse tipo de isolamento, quem deve ficar isolado e por quanto tempo.

**ONDE DEVE FICAR A PESSOA QUE PRECISA DE ISOLAMENTO DOMICILIAR?**

O ideal é que a pessoa fique sozinha em um quarto, ou em um cômodo da casa adaptado como quarto, se possível com um banheiro privativo. As portas do quarto devem ficar fechadas o tempo todo, mas as janelas devem ficar abertas para que o ambiente fique bem ventilado. O paciente só deve sair deste quarto em caso de necessidade (por exemplo, para ir ao banheiro se este for separado, ou para ir ao médico quando preciso). Se o doente precisa fazer algum tratamento com inalação (ou nebulização), deve fazer sempre dentro do quarto. As refeições também devem ser servidas dentro deste quarto.

**E QUEM CUIDA DO DOENTE?**

Qualquer familiar ou amigo pode cuidar do paciente, mas é preciso evitar que sejam gestantes, idosos ou pessoas com outros problemas de saúde, como outras doenças respiratórias (bronquite, asma, enfisema, etc). Os cuidadores devem evitar contato com as secreções respiratórias do doente, seguindo as instruções para uso correto de máscaras cirúrgicas, limpeza da casa e dos utensílios usados, além da lavagem das roupas e das mãos.

**E AS VISITAS?**

As visitas devem ser proibidas. Só as pessoas que precisam cuidar do paciente (dar comida, remédios e

etc.) podem entrar no quarto.

### **O QUE É PRECISO TER EM CASA?**

Os cuidados de isolamento domiciliar não exigem nenhum equipamento especial. Além dos produtos de limpeza comuns é necessário ter máscaras cirúrgicas e álcool gel que podem ser adquiridos em farmácias.

### **QUEM DEVE USAR MÁSCARA? EM QUE MOMENTOS?**

Os cuidadores do doente devem colocar a máscara antes de entrar no quarto do doente e ficar com ela, tampando boca e nariz, durante todo o tempo em que ficarem lá.

O doente não precisa ficar de máscara dentro do quarto, mas deve colocar a máscara, tampando boca e nariz sempre que for sair, por qualquer motivo, e permanecer com ela durante todo o tempo em que ficar fora do quarto. Mesmo dentro do quarto, o doente deve cobrir o nariz e a boca com lenços de papel ao tossir ou espirrar.

### **A MÁSCARA PRECISA SER JOGADA FORA A CADA VEZ QUE FOR USADA?**

Sim. As máscaras usadas pelo doente e pelo cuidador devem ser descartadas no lixo após cada uso.

### **OS CUIDADORES DEVEM TOMAR ALGUM CUIDADO ESPECIAL?**

É importante lavar as mãos com água e sabão após cada contato com o doente ou com as roupas, toalhas e lençóis que ele tenha usado (após a lavagem das roupas e a troca de roupas, por exemplo), após a lavagem de pratos, copos e talheres do doente, após a limpeza do quarto, do banheiro e dos objetos, e após cada vez que a máscara for retirada. Pode ser usado álcool gel 70% substituindo a lavagem se as mãos não estiverem sujas.

### **COMO LIMPAR O QUARTO E O BANHEIRO?**

O quarto e o banheiro devem ser limpos normalmente todos os dias. As superfícies do banheiro e do quarto devem ser desinfetadas com álcool 70%. O piso do banheiro e o vaso sanitário devem ser desinfetados com hipoclorito (água sanitária), após a limpeza. A tampa do vaso sanitário deve ser mantida fechada durante o acionamento da descarga. Os panos de limpeza devem ser lavados após cada uso e desinfetados com hipoclorito (água sanitária). Antes de usar o álcool ou o hipoclorito certifique-se que essas substâncias não danificarão os objetos. O lixo do quarto e do banheiro do doente deve ser descartado em sacos fechados, normalmente, junto com o lixo da casa.

### **COMO LAVAR ROUPAS, TOALHAS E LENÇÓIS USADOS PELO DOENTE?**

Não é necessário lavar as roupas do paciente em separado, mas outras pessoas só podem usar qualquer peça que teve contato com o doente depois da lavagem. Na hora de recolher e de lavar as roupas elas não devem ser sacudidas.



### **QUE FAZER COM PRATOS, COPOS, TALHERES E OUTROS OBJETOS USADOS PELO DOENTE?**

A louça utilizada pelo paciente não precisa ser lavada em separado, mas assim como as roupas os copos, pratos e talheres só podem ser usados por outras pessoas depois de lavados. Qualquer outro objeto que o doente usar, como por exemplo aparelho de telefone, livros, computador, jornais e revistas, deve ser limpo e desinfetado com álcool a 70% antes de ser usado por outra pessoa. Antes de usar o álcool certifique-se que essa substância não danificará os objetos.

### **QUAIS CUIDADOS O DOENTE PRECISA RECEBER?**

O doente deve ficar em repouso, tomar bastante líquido e receber alimentação leve e balanceada. Podem ser usados analgésicos e anti-térmicos comuns para os sintomas.

### **QUANDO LEVAR O DOENTE PARA O HOSPITAL?**

O doente deve ser levado para atendimento médico se apresentar piora. Em caso de dor no peito, falta de ar, extremidades azuladas (unhas e pontas dos dedos), desidratação, vômitos incontroláveis, diminuição da quantidade de urina, vertigens e confusão mental o paciente deve ser conduzido a um hospital imediatamente.

### **O QUE FAZER SE ALGUÉM DA MESMA CASA TIVER ALGUM SINTOMA DE CORONAVÍRUS?**

Deve procurar atendimento médico em unidade de saúde. Na consulta deve informar que teve contato com caso suspeito e fazer a coleta para exame para diagnóstico.

Título: PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA MANEJO DE CASOS DE INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVIRUS (SARS-COV2) NO INI

Código: INI-PL-VDSC.001

Revisão: 11

## Anexo 15

### Ficha de notificação para caso suspeito de SARG e SG Covid-19

Atualizado em: 13/04/2020

SRAG-2020



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE  
12/03/2020

Nº

SIVEP Gripe

12/03/2020

#### FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO

##### CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):

Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O<sub>2</sub> < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.

|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                         |                                                                                                                  |                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 1                                                                                                           | Data do preenchimento da ficha de notificação:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2                                                                       | Data de 1ºs sintomas da SRAG:                                                                                    |                                    |
| 3                                                                                                           | UF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 4                                                                       | Município:                                                                                                       |                                    |
|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Código (IBGE):                                                          |                                                                                                                  |                                    |
| 5                                                                                                           | Unidade de Saúde:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Código (CNES):                                                          |                                                                                                                  |                                    |
| Dados do Paciente                                                                                           | 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CPF do cidadão:                                                         |                                                                                                                  |                                    |
|                                                                                                             | 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Nome:                                                                   | 8                                                                                                                | Sexo:  __  1- Masc. 2- Fem. 9- Ign |
|                                                                                                             | 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Data de nascimento:                                                     | 10                                                                                                               | (ou) Idade:  __                    |
|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                         | 1-Dia 2-Mês 3-Ano  __                                                                                            |                                    |
|                                                                                                             | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Gestante:  __                                                           | 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre<br>4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não<br>6-Não se aplica 9-Ignorado |                                    |
|                                                                                                             | 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Raça/Cor:  __  1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado |                                                                                                                  |                                    |
| 13                                                                                                          | Se indígena, qual etnia?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                         |                                                                                                                  |                                    |
| 14                                                                                                          | Escolaridade:  __  0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado                                                                                                                                                                                |                                                                         |                                                                                                                  |                                    |
| 15                                                                                                          | Nome da mãe:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                         |                                                                                                                  |                                    |
| Dados de residência                                                                                         | 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | CEP:  __   __   __   __  -  __   __                                     |                                                                                                                  |                                    |
|                                                                                                             | 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | UF:  __                                                                 | 18                                                                                                               | Município:                         |
|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                         | Código (IBGE):  __   __   __   __   __                                                                           |                                    |
|                                                                                                             | 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Bairro:                                                                 | 20                                                                                                               | Logradouro (Rua, Avenida, etc.):   |
|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                         | 21                                                                                                               | Nº:                                |
| 22                                                                                                          | Complemento (apto, casa, etc...):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 23                                                                      | (DDD) Telefone:                                                                                                  |                                    |
|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | __   __  -  __   __   __   __   __   __   __                            |                                                                                                                  |                                    |
| 24                                                                                                          | Zona:  __  1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 25                                                                      | País: (se residente fora do Brasil)                                                                              |                                    |
| 26                                                                                                          | Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas?                                                                                                                                                                                                                                                                                   | __  1-Sim 2-Não 9-Ign                                                   |                                                                                                                  |                                    |
| 27                                                                                                          | Se sim: Qual país?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 28                                                                      | Em qual local?                                                                                                   |                                    |
| 29                                                                                                          | Data da viagem:  __   __   __                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 30                                                                      | Data do retorno:  __   __   __                                                                                   |                                    |
| 31                                                                                                          | É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado                                              |                                                                                                                  |                                    |
| 32                                                                                                          | Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado                                              |                                                                                                                  |                                    |
| 33                                                                                                          | Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado                                              |                                                                                                                  |                                    |
| Dados Clínicos e Epidemiológicos                                                                            | 34 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                         |                                                                                                                  |                                    |
|                                                                                                             | __  Febre  __  Tosse  __  Dor de Garganta  __  Dispneia  __  Desconforto Respiratório<br> __  Saturação O <sub>2</sub> < 95%  __  Diarreia  __  Vômito  __  Outros                                                                                                                                                                                                         |                                                                         |                                                                                                                  |                                    |
|                                                                                                             | 35 Possui fatores de risco/comorbidades?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                         |                                                                                                                  |                                    |
|                                                                                                             | Se sim, qual(is)? (Marcar X)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                         |                                                                                                                  |                                    |
|                                                                                                             | __  Puérpera (até 45 dias do parto)  __  Doença Cardiovascular Crônica  __  Doença Hematológica Crônica<br> __  Síndrome de Down  __  Doença Hepática Crônica  __  Asma<br> __  Diabetes mellitus  __  Doença Neurológica Crônica  __  Outra Pneumopatia Crônica<br> __  Imunodeficiência/Imunodepressão  __  Doença Renal Crônica  __  Obesidade, IMC  __ <br> __  Outros |                                                                         |                                                                                                                  |                                    |
|                                                                                                             | 36 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                         | 37                                                                                                               | Data da vacinação:                 |
|                                                                                                             | __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                         | __   __   __                                                                                                     |                                    |
|                                                                                                             | Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                         | Se sim, data:  __   __   __                                                                                      |                                    |
|                                                                                                             | a mãe amamenta a criança?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                         |                                                                                                                  |                                    |
|                                                                                                             | Se >= 6 meses e <= 8 anos:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                         |                                                                                                                  |                                    |
| Data da dose única 1/1:  __   __   __  (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                         |                                                                                                                  |                                    |
| Data da 1ª dose:  __   __   __  (1ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                         |                                                                                                                  |                                    |
| Data da 2ª dose:  __   __   __  (2ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                         |                                                                                                                  |                                    |

**Título: PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA MANEJO DE CASOS DE INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVIRUS (SARS-COV2) NO INI**

**Código: INI-PL-VDSC.001**

**Revisão: 11**

|                      |    |                                                                                                                    |                                     |                                                                                                                                                          |    |                                                                                                                                                                        |
|----------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dados de Atendimento | 38 | Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/>  <br>1-Sim 2-Não 9-Ignorado                                    | 39                                  | Qual antiviral? <input type="checkbox"/>  <br>1-Oseltamivir 2-Zanamivir<br>3-Outro, especifique: _____                                                   | 40 | Data início do tratamento<br>____ ____ ____                                                                                                                            |
|                      | 41 | Houve internação? <input type="checkbox"/>  <br>1-Sim 2-Não 9-Ignorado                                             | 42                                  | Data da internação por SRAG:<br>____ ____ ____                                                                                                           | 43 | UF de internação:<br>__ __                                                                                                                                             |
|                      | 44 | Município de internação:<br>_____                                                                                  | Código (IBGE):<br>__ __ __ __ __ __ |                                                                                                                                                          |    |                                                                                                                                                                        |
|                      | 45 | Unidade de Saúde de internação:<br>_____                                                                           | Código (CNES):<br>__ __ __ __ __ __ |                                                                                                                                                          |    |                                                                                                                                                                        |
|                      | 46 | Internado em UTI? <input type="checkbox"/>  <br>1-Sim 2-Não 9-Ignorado                                             | 47                                  | Data da entrada na UTI:<br>____ ____ ____                                                                                                                | 48 | Data da saída da UTI:<br>____ ____ ____                                                                                                                                |
|                      | 49 | Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/>  <br>1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo<br>3-Não 9-Ignorado | 50                                  | Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/>  <br>1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação<br>4-Misto 5-Outro: _____<br>6-Não realizado 9-Ignorado | 51 | Data do Raio X:<br>____ ____ ____                                                                                                                                      |
|                      | 52 | Coletou amostra? <input type="checkbox"/>  <br>1-Sim 2-Não 9-Ignorado                                              | 53                                  | Data da coleta:<br>____ ____ ____                                                                                                                        | 54 | Tipo de amostra: <input type="checkbox"/>  <br>1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar<br>3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____<br>9-Ignorado |

|                     |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                                                         |  |  |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Dados Laboratoriais | 55                                                                         | Nº Requisição do GAL: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                                                                                         |  |  |
|                     | 56                                                                         | Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: <input type="checkbox"/>  <br>1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado<br>5-Aguardando resultado 9-Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 57                                  | Data do resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular:<br>____ ____ ____ |  |  |
|                     | 58                                                                         | Agente Etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular:<br>Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/>   1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/>   1- Influenza A 2- Influenza B<br>Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/>   1-Sim 2-Não 9-Ignorado<br>Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X)<br><input type="checkbox"/> Vírus Sincial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Adenovírus<br><input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                                                         |  |  |
|                     | 59                                                                         | Laboratório que realizou IF/outro método que não seja Biologia Molecular: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Código (CNES):<br>__ __ __ __ __ __ |                                                                                         |  |  |
|                     | 60                                                                         | Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/>  <br>1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 61                                  | Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular:<br>____ ____ ____         |  |  |
|                     | 62                                                                         | Agente Etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular:<br>Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/>   1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/>   1- Influenza A 2- Influenza B<br>Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/>   1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H3N2 3-Influenza A não subtipado<br>4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique: _____<br>Influenza B, qual linhagem? <input type="checkbox"/>   1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____<br>Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/>   1-Sim 2-Não 9-Ignorado<br>Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X)<br><input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3<br><input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Metapneumovírus <input type="checkbox"/> Bocavírus <input type="checkbox"/> Rinovírus<br><input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____ |                                     |                                                                                         |  |  |
| 63                  | Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____ | Código (CNES):<br>__ __ __ __ __ __                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                     |                                                                                         |  |  |

|           |    |                                                                                                                                                                                                     |                                         |                                                                                                                 |
|-----------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Conclusão | 64 | Classificação final do caso: <input type="checkbox"/>  <br>1-SRAG por influenza<br>2-SRAG por outro vírus respiratório<br>3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____<br>4-SRAG não especificado | 65                                      | Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/>  <br>1-Laboratorial<br>2-Vínculo-Epidemiológico<br>3-Clinico |
|           | 66 | Evolução do Caso: <input type="checkbox"/>  <br>1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado                                                                                                                           | 67                                      | Data da alta ou óbito:<br>____ ____ ____                                                                        |
|           |    | 68                                                                                                                                                                                                  | Data do Encerramento:<br>____ ____ ____ |                                                                                                                 |

69 OBSERVAÇÕES:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

|    |                                             |    |                                                   |
|----|---------------------------------------------|----|---------------------------------------------------|
| 70 | Profissional de Saúde Responsável:<br>_____ | 71 | Registro Conselho/Matrícula:<br>__ __ __ __ __ __ |
|----|---------------------------------------------|----|---------------------------------------------------|



Ficha de Notificação SG Covid-19



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

**FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)**

**Definição de caso:** indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza.

**Em crianças:** considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

**Em idosos:** a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

|                                                                                                           |                                                           |                                                           |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| UF: _____                                                                                                 |                                                           | Município de Notificação: _____                           |                                                           |
| <b>IDENTIFICAÇÃO</b>                                                                                      | Tem CPF? (Marcar X)                                       | Estrangeiro: (Marcar X)                                   | É profissional de saúde? (Marcar X)                       |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
|                                                                                                           | CBO: _____                                                |                                                           | CPF: _____                                                |
|                                                                                                           | CNS: _____                                                |                                                           |                                                           |
|                                                                                                           | Nome Completo: _____                                      |                                                           |                                                           |
|                                                                                                           | Nome Completo da Mãe: _____                               |                                                           |                                                           |
| Data de nascimento: _____                                                                                 |                                                           | País de origem: _____                                     |                                                           |
| Sexo: (Marcar X)                                                                                          |                                                           | Passaporte: _____                                         |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino                                      |                                                           | _____                                                     |                                                           |
| CEP: _____                                                                                                |                                                           |                                                           |                                                           |
| UF: _____                                                                                                 | Município de Residência: _____                            |                                                           |                                                           |
| Logradouro: _____                                                                                         |                                                           | Número: _____                                             |                                                           |
| Complemento: _____                                                                                        |                                                           | Bairro: _____                                             |                                                           |
| Telefone Celular: _____                                                                                   |                                                           | Telefone do contato: _____                                |                                                           |
| Data da Notificação: _____                                                                                |                                                           |                                                           |                                                           |
| Sintomas: (Marcar X)                                                                                      |                                                           | Data do início dos sintomas: _____                        |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Febre |                                                           | _____                                                     |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Outros _____                                      |                                                           | _____                                                     |                                                           |
| Condições: (Marcar X)                                                                                     |                                                           |                                                           |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas                                    |                                                           |                                                           |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas                                                       |                                                           |                                                           |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                                                         |                                                           |                                                           |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)                     |                                                           |                                                           |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Imunossupressão                                                                  |                                                           |                                                           |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Gestante de alto risco                                                           |                                                           |                                                           |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica           |                                                           |                                                           |                                                           |
| Estado do Teste: (Marcar X)                                                                               | Data da Coleta do Teste: _____                            | Tipo de Teste: (Marcar X)                                 | Resultado do teste: (Marcar X)                            |
| <input type="checkbox"/> Solicitado                                                                       | _____                                                     | <input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo         | <input type="checkbox"/> Negativo                         |
| <input type="checkbox"/> Coletado                                                                         | _____                                                     | <input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno          | <input type="checkbox"/> Positivo                         |
| <input type="checkbox"/> Concluído                                                                        | _____                                                     | <input type="checkbox"/> RT - PCR                         | _____                                                     |
| Classificação final: (Marcar X)                                                                           | Evolução do caso: (Marcar X)                              |                                                           |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Confirmação laboratorial                                                         | <input type="checkbox"/> Cancelado                        | <input type="checkbox"/> Ignorado                         | <input type="checkbox"/> Óbito                            |
| <input type="checkbox"/> Confirmação clínico epidemiológico                                               | <input type="checkbox"/> Cura                             | <input type="checkbox"/> Internado                        | <input type="checkbox"/> Internado em UTI                 |
| <input type="checkbox"/> Descartado                                                                       | <input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar         |                                                           |                                                           |
| Data de encerramento: _____                                                                               |                                                           |                                                           |                                                           |

**Informações complementares e observações**

**Observações Adicionais**

**Anexo 16**

**Dispensação de medicamentos – Serviço de Farmácia**

**Atualizado em: 23/03/2020**

**1. Dispensação de medicamentos na internação**

- A Prescrição médica deve ser impressa em 3 vias: 1 via ficará no posto de enfermagem, 1 ficará no quarto do paciente e 1 via para a farmácia;
- A via que ficará no quarto do paciente será apenas para consulta da enfermagem na orientação no momento de realizar a administração do medicamento, sendo descartada após nova prescrição;
- A dispensação dos medicamentos deve ser feita para equipe de enfermagem, esta por sua vez fará a administração conforme rotina.
- Em caso de alta hospitalar, a dispensação será realizada pelo Serviço de Enfermagem.

**2. Dispensação de medicamentos no Ambulatório**

- O horário de atendimento no ambulatório será de segunda a sexta, das 08:00h às 17:00h. Nos outros horários o atendimento será realizado pela equipe de plantão em relação à dispensação de medicamentos;
- A prescrição deve ser impressa em 2 vias: 1 via seguirá com o paciente e/ou acompanhante e a outra via será retida no Serviço de Farmácia;
- Caso o paciente esteja com acompanhante, este deverá se dirigir ao Serviço de Farmácia para a retirada dos medicamentos. Caso paciente não possua acompanhante, a equipe de enfermagem será responsável em retirar os medicamentos junto à farmácia e entregá-los ao paciente;
- Nos horários em que a equipe de plantão irá realizar o atendimento, os medicamentos serão retirados pela equipe de enfermagem junto a farmácia da internação, que entregará ao paciente.

**Anexo 17**

**Fluxo de atendimento pelo Serviço de Radiologia**

**Atualizado em: 06/04/2020**

**1. Realização de RX no leito no paciente internado na ÁREA COVID ou CTI:**

- Quando for necessária a realização de radiografias em pacientes internados, estas deverão ser realizadas no leito;
- O cassete/chassi deverá ser envolvido em saco plástico transparente, que será descartado; após o uso, o mesmo deverá ser limpo e desinfetado com álcool a 70% (fricção por 3 vezes), mesmo com o uso da proteção plástica;
- O técnico de radiologia deverá entrar no quarto paramentado, da mesma forma que os demais profissionais de saúde, conforme Anexo 3 deste plano - **Protocolo 3: Protocolo para circulação de profissionais e paramentação segura na Área Covid (limpeza e raio-X)**;
- O técnico do raio-X que fará o procedimento no leito, deverá utilizar o protetor de acrílico reprocessável.
- O técnico de radiologia deverá vestir um Capote de precaução de contato descartável descartável por baixo do Capote impermeável descartável de mangas longas impermeável, a fim de estar protegido durante a higienização final do equipamento de RX;
- Após realização do exame, o profissional deverá retirar o EPI no interior do quarto, conforme Anexo 3 deste plano sem retirar a paramentação da cabeça, devendo permanecer com o Capote de precaução de contato descartável, o primeiro par de luvas de procedimento, gorro, máscara PFF2/N95, protetor facial de acrílico;
- Sair do quarto com o equipamento, podendo ser necessário o auxílio de outro profissional para abertura das portas (este auxiliar deverá estar utilizando máscara PFF2 e luva de procedimento);
- Realizar a higienização do equipamento portátil de RX no corredor da área vermelha, com álcool a 70%, friccionando por 3 vezes;
- Retirar pela parte posterior o protetor de acrílico e fazer a desinfecção com Prático 100 e guardar em local adequado para o próximo uso;
- Após limpeza do equipamento: retirar as luvas, higienizar as mãos e retirar o capote com cuidado para não encostar na parte externa do mesmo, e descartar o EPI na lixeira do corredor da área vermelha;

- Lavar as mãos com água e sabão e calçar novo par de luvas;
- Sair da ÁREA COVID, com auxílio, evitando tocar nas superfícies e maçanetas;
- Devolver o equipamento para o local de origem.

## **2. Atendimento a pacientes ambulatoriais:**

- Em caso de pacientes ambulatoriais, a equipe do ambulatório deve AVISAR COM ANTECEDÊNCIA ao serviço de Radiologia que será enviado paciente com sintomas respiratórios para que o setor possa se organizar e realizar a devida paramentação;
- O paciente deverá ser conduzido à Radiologia, em uso de máscara cirúrgica, acompanhado por profissional de saúde, que deverá estar paramentado com: Capote de precaução de contato descartável, máscara PFF2 / N95 e luvas de procedimento;
- Na Radiologia deverá haver uma triagem na entrada para identificar os sintomáticos respiratórios, que deverão ser separados dos demais e ter prioridade de atendimento;
- De preferência, devem ser selecionados profissionais exclusivos para realizar as radiografias de pacientes com sintomas respiratórios;
- Estes profissionais deverão estar em uso da seguinte paramentação: Capote de precaução de contato descartável descartável (ou capote de pano reutilizável) máscara PFF2/N95, luvas de procedimento e protetor facial de acrílico reprocessável;
- O técnico de RX deverá trocar as luvas, higienizando as mãos entre as trocas, a cada paciente, podendo manter o capote, a máscara e o protetor facial de acrílico;
- Ao final do turno ou plantão, o profissional da Radiologia deverá higienizar o protetor facial com Prático 100 ou álcool a 70% e armazená-lo em local seguro, devidamente identificado com seu nome;
- Caso seja realizado exame em paciente sabidamente positivo para SARS-Cov-2, o técnico deverá utilizar paramentação descrita no Anexo 3 deste plano - **Protocolo 3: Protocolo para circulação de profissionais e paramentação segura na Área Covid (profissionais da limpeza e raio-x).**

## **3. Orientações para limpeza do ambiente na Radiologia:**

- Os profissionais da equipe de limpeza deverão realizar a higienização de rotina do setor utilizando máscara cirúrgica e Capote de precaução de contato descartável descartável, além de luvas de procedimento e luva de borracha de cor branca por cima (específica para

pacientes com Covid-19, conforme Anexo 4 deste plano);

- **No caso de exame em paciente sabidamente positivo para Covid-19, após o exame, o funcionário do setor deverá ser chamado para realizar a higienização de todo o ambiente, utilizando paramentação de acordo com Anexo 3 deste plano (Protocolo para circulação de profissionais e paramentação segura na Área Covid – Kit de EPI destinado ao profissional da limpeza);**
- **Nessa situação, o técnico da radiologia deverá realizar a desinfecção do equipamento utilizando no paciente com álcool 70%, friccionando por 3 vezes;**

CÓPIA NÃO CONTROLADA



### **Anexo 18**

#### **Fluxo para reprocessamento de materiais médico-hospitalares (CME)**

**Atualizado em: 09/03/2020**

- Os produtos ou artigos médico-hospitalares usados para estes pacientes devem ser preferencialmente descartáveis;
- Em caso de materiais não descartáveis, ao término do procedimento e após retirada de material perfurocortante que deverá ser descartado em coletor próprio, esses artigos deverão ser colocados em saco plástico e então ser acondicionados em container rígido reservado para colocação de material contaminado.
- O recipiente deverá ser transportado para a CME pelo técnico de Enfermagem ou enfermeiro diariamente ou até mesmo antes quando o recipiente atingir 2/3 de sua capacidade;
- O material contaminado será transportado em recipiente rígido, lacrado e devidamente identificado (SARS-CoV2);
- O técnico de Enfermagem ou enfermeiro deverá se paramentar com avental amarelo, luva de procedimento e máscara N95 até a Central de Material e Esterilização (CME);
- Durante o recebimento e a limpeza do material na Central de Material e Esterilização, o profissional deste setor deverá estar paramentado como já descrito para limpeza e desinfecção. Os materiais deverão ser submetidos à desinfecção ou esterilização, conforme rotina institucional;
- O técnico de Enfermagem ou enfermeiro deverá retirar todo o EPI após a entrega do recipiente na CME e desprezá-lo em lixeira e higienizar as mãos;
- O recipiente rígido será lavado com água e sabão neutro e desinfetado com álcool a 70%.

## **Anexo 19**

### **Protocolo para manuseio e processamento da roupa na Área Covid**

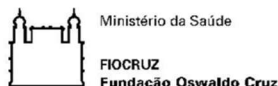
**Atualizado em: 09/03/2020**

#### **Manuseio e processamento da roupa do paciente**

- As roupas do paciente com Covid-19 deverão ser retiradas do interior do quarto pelo **profissional de enfermagem** que realiza o atendimento, após cada visita;
- A roupa usada não deverá ser agitada ou sacudida, a fim de evitar possibilidade de dispersão de aerossóis;
- Após encerrado o cuidado de enfermagem, o profissional, ainda dentro do quarto, deverá realizar a retirada do EPI, conforme Anexo 03- Protocolo para circulação de profissionais e paramentação segura na Área Covid, mantendo apenas as luvas de procedimento;
- Com as luvas de procedimento, o profissional da enfermagem acondicionará as roupas sujas em **sacos plásticos vermelhos** com faixa amarela identificada como “Coronavírus”, tomando o máximo cuidado para não contaminar a parte externa do saco;
- O saco deverá ser fechado e posteriormente acondicionado em **hamper específico, devidamente identificado, localizado no expurgo da área vermelha**;
- Após o descarte da roupa suja, o profissional deverá retirar a luva de procedimento no corredor da área vermelha, descartá-las imediatamente e realizar higienização das mãos com água e sabão;
- A roupa será recolhida por serviço terceirizado (lavanderia), cujo funcionário deverá estar utilizando **luva de procedimento (dois pares) e capote descartável** por cima do avental de plástico;
- A auxiliar de roupa do INI deverá participar do procedimento de recolhimento da roupa, retirando o hamper de roupa suja pela porta externa do expurgo (varanda);
- O hamper será entregue ao funcionário da lavanderia, na varanda, que o levará até o transporte;
- Após acondicionar o hamper no veículo, o funcionário da lavanderia deverá retirar o EPI, **preservando o primeiro par de luvas**, descartando o EPI em saco plástico branco leitoso, que deverá ser fechado e descartado na lixeira infectante do expurgo;
- Higienizar as mãos com álcool gel 70%.

NÃO É PRECISO ADOTAR MEDIDAS DE LAVAGEM ESPECIAL PARA ROUPAS PROVENIENTES DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO POR SARS-COV2, DEVENDO SER SEGUIDOS OS PROCEDIMENTOS HABITUAIS ESTABELECIDOS PARA ROUPAS PROVENIENTES DE PACIENTES EM GERAL.

**Anexo 20**  
**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**  
**Atualizado em: 23/03/2020**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_, CPF n° \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente informado(a) pelo médico(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_ sobre a necessidade de \_\_\_\_\_ (isolamento ou quarentena) a que devo ser submetido, com data de início \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020, previsão de término \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020, local de cumprimento da medida \_\_\_\_\_, bem como as possíveis consequências da sua não realização.

| Paciente | | Responsável |

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Identidade N°: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_: \_\_\_\_

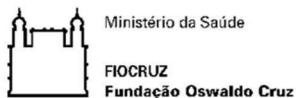
Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei o funcionamento da medida de saúde pública a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre riscos do não atendimento da medida, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado. Deverão ser seguidas as orientações descritas no documento **“CORONAVÍRUS (COVID 19) - ISOLAMENTO DOMICILIAR INSTRUÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES”** entregue ao paciente ou seu responsável.

Nome do médico: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_



### NOTIFICAÇÃO DE ISOLAMENTO

O(A) Senhor(a) está sendo notificado sobre a necessidade de adoção de medida sanitária de isolamento. Essa medida é necessária, pois visa a prevenir a dispersão do vírus Covid-19.

Data de início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

Previsão de término: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

Fundamentação:

Local de cumprimento da medida (domicílio):

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020 Hora: \_\_\_\_: \_\_\_\_

Nome do profissional da vigilância epidemiológica:

\_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, documento de identidade ou passaporte \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente informados(a) pelo agente da vigilância epidemiológica acima identificado sobre a necessidade de isolamento a que devo ser submetido, bem como as possíveis consequências da sua não realização.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_: \_\_\_\_

Assinatura da pessoa notificada: \_\_\_\_\_

Ou

Nome e assinatura do responsável legal: \_\_\_\_\_

## **Anexo 21**

### **Orientações para a prestação de serviços de Hemodiálise (HD) durante a epidemia de COVID-19 no INI**

**Atualizado em: 23/03/2020**

#### **1. Orientações gerais**

- A empresa prestadora de serviços de diálise deverá definir **profissionais exclusivos** (técnicos, enfermeiros e médicos nefrologistas) para o atendimento aos pacientes suspeitos ou confirmados de Covid-19 (coorte de profissionais);
- A empresa prestadora de serviços de diálise deverá reservar máquinas exclusivas para uso apenas em pacientes de Covid-19;
- TODOS os profissionais que atuarão neste atendimento deverão ser devidamente treinados pela equipe responsável do INI;
- Solicitamos que para que, em cada sessão de HD, sejam disponibilizados 02 (dois) técnicos em cada sessão de HD, a fim de facilitar a logística durante o procedimento, especialmente em sessões mais longas;
- A empresa deverá ser sempre avisada com mínima antecedência pela equipe de rotina do INI de que o paciente a ser dialisado é caso suspeito ou confirmado de Covid- 19, para que possa obedecer a coorte de profissionais;
- Não será permitido aos profissionais da empresa de HD (técnicos, enfermeiros ou médicos) levar canetas, papéis, aparelhos eletrônicos (inclusive celulares) para o interior do quarto do paciente;
- As **linhas de diálise e dialisadores** utilizados em pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo Novo Coronavírus (SARS-Cov-2) **deverão ser descartados** após o uso, em bombona exclusiva para este fim, não podendo assim ser reaproveitados, nem mesmo para o próprio paciente;
- Após cada sessão de HD, deverá ser realizada pela empresa de higienização do INI, **rigorosa limpeza e desinfecção** de todo o ambiente do paciente (quarto/leito), bem como do corredor da área vermelha e áreas amarela e verde).

#### **2. Orientações aos técnicos de HD:**

- Durante a sessão de HD, o paciente deverá permanecer em uso de **máscara cirúrgica** durante todo o procedimento, caso não esteja sob ventilação mecânica e caso possa tolerar

o uso da máscara;

- O técnico deverá, obrigatoriamente, estar em uso do EPI completo recomendado para assistência aos casos de Covid-19 pelos profissionais de saúde do INI, conforme orientações contidas no Protocolo 3 desse plano;
- Recomendamos que os técnicos da diálise vistam um Capote de precaução de contato descartável descartável por baixo do EPI, para maior proteção durante a higienização da máquina ao final da sessão;
- A paramentação do profissional deverá ser realizada **antes da entrada no quarto** do paciente, na **antessala da ÁREA COVID (área amarela)**, conforme orientações contidas no Protocolo 3 deste plano;
- Durante a sessão dialítica, o técnico deverá, sempre que possível, manter distância mínima de 1 (um) metro do paciente e não deve tocar desnecessariamente as superfícies e mobiliários do quarto, bem como não deve transitar pelas áreas do hospital em uso de EPI;
- Caso seja necessário que o profissional saia da ÁREA COVID por motivo de força maior, o mesmo deverá retirar todo o EPI, conforme Anexo 3 deste documento, e sair em segurança da ÁREA COVID, deixando um colega em seu lugar (este substituto deverá realizar a paramentação adequada na área amarela, conforme Anexo 3);
- Após o término do procedimento dialítico, o profissional deverá retirar o EPI **dentro do quarto**, permanecendo apenas com o **Capote de precaução de contato descartável e o primeiro par de luvas**;
- Com auxílio de outro profissional, que estará do lado de fora do quarto em uso de luvas e máscara N95, o técnico deverá sair com a máquina de diálise e realizar a higienização da mesma com álcool a 70% ou Prático 100 no corredor da área vermelha, utilizando o Capote de precaução de contato descartável e a luva de procedimento;
- A máquina de HD deverá ser higienizada com o máximo rigor, seguindo a rotina habitual acordada entre a empresa prestadora de serviços de diálise e o INI;
- Terminado o processo de limpeza/desinfecção da máquina, o profissional deverá proceder a retirada do Capote de precaução de contato descartável e da luva e descartá-los imediatamente na lixeira da área vermelha;
- Lavar as mãos com água e sabão, calçar novo par de luvas e sair da ÁREA COVID com a máquina, sendo auxiliado por outro profissional para abertura das portas, o qual deverá estar utilizando luvas;
- Devolver a máquina de HD devidamente higienizada em seu local;
- Retirar as luvas de procedimento e **lavar as mãos com água e sabão**.

### 3. Orientações aos médicos nefrologistas e enfermeiros da empresa de HD:

Os médios nefrologistas da empresa de HD que forem prestar qualquer tipo de assistência ao paciente com Covid-19, **mesmo que não forem realizar procedimentos invasivos** (ex. punção de veia para CDL), deverão seguir rigorosamente as recomendações contidas neste plano de ação para profissionais de saúde no manejo de casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo Novo Coronavírus (SARS-Cov-2), a saber:

- Observar a rigorosa higiene das mãos antes e depois do atendimento ao paciente e durante a retirada do EPI (conforme Protocolo 3 deste plano);
- Deverá ser utilizado o EPI completo recomendado para atendimento a pacientes suspeitos ou confirmados de Covid-19, conforme Protocolo 4 deste plano, independente do tipo de atendimento/procedimento, seja pelo médico ou enfermeiro;
- Caso seja necessário, utilizar utensílios e insumos **exclusivos** para assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados de Covid-19 (termômetros, esfigmomanômetros e estetoscópio), os quais estarão disponíveis no quarto do mesmo; realizar a **desinfecção do estetoscópio** com álcool a 70% antes e após o uso, em razão do compartilhamento entre diversos profissionais;
- No caso de punção venosa profunda, o médico deverá calçar luvas estéreis por cima da luva de procedimentos e capote estéril, ao invés do capote contido no Kit de EPI; o profissional que estiver auxiliando no procedimento deverá estar em uso do EPI completo recomendado no Protocolo 3 deste plano;
- A remoção do EPI por parte do médico e do auxiliar deverá ser realizada rigorosamente em conformidade com as orientações contidas no Protocolo 3 deste documento.

**Anexo 22**  
**CUIDADOS APÓS A MORTE e PROCEDIMENTOS PARA TRANSPORTE DO CORPO**  
**Atualizado em: 07/05/2020**

Os princípios das precauções padrão de controle de infecção e precauções baseadas na transmissão devem continuar sendo aplicados no manuseio do corpo. Isso ocorre devido ao risco contínuo de transmissão infecciosa por contato, embora o risco seja geralmente menor do que para pacientes ainda vivos.

**1. Orientações para o manejo adequado dos corpos após óbito por Covid-19:**

- Durante os cuidados com o cadáver, só devem estar presentes no quarto ou área os profissionais estritamente necessários (todos com EPI recomendado no Protocolo 3 deste plano);
- A maca de transporte dos cadáveres de Covid-19 deve ser preferencialmente exclusiva para este fim – remover o colchão e fazer o transporte direto na superfície metálica (para facilitar a higienização);
- Os profissionais da Enfermagem, envolvidos com o preparo do corpo, devem estar em uso de: gorro, protetor facial, máscara N95/PFF2, Capote impermeável descartável de mangas longas descartável de mangas longas e luvas de procedimento;
- Os tubos, drenos e cateteres devem ser removidos do corpo, tendo cuidado especial com a remoção de cateteres intravenosos, outros dispositivos cortantes e do tubo endotraqueal;
- Desinfetar bloquear os orifícios de drenagem de feridas e punções de cateteres com cobertura impermeável;
- Descartar imediatamente os resíduos perfuro-cortantes em recipientes rígidos, à prova de perfuração e vazamento, com o símbolo de resíduo infectante;
- Limpar as secreções dos orifícios naturais (orais, nasais e retais) com compressas e bloqueá-los para evitar extravasamento de fluidos corporais;
- Acondicionar o corpo em **cobre-corpo padrão**, que deve ser higienizado com álcool 70% e, posteriormente, em **saco impermeável à prova de vazamento e selado** – “saco para armazenamento de cadáver com zíper e duas camadas – 230x80cm” (o mesmo utilizado para o Ebola), que deve ser igualmente desinfetado com álcool a 70% ou solução clorada [0.5% a 1%];



- Identificar adequadamente o cadáver;
- Identificar o saco externo de transporte com a informação relativa a **risco biológico no contexto da COVID-19: agente biológico classe de risco 3;**
- Usar luvas descartáveis nitrílicas ao manusear o saco de acondicionamento do cadáver;

## **2. Orientações para o transporte e acondicionamento do corpo:**

- O profissional do Apoio de Enfermagem, que auxiliará na transferência do corpo do leito para a maca, deverá estar paramentado com o mesmo EPI recomendado no Protocolo 3 deste plano (Capote impermeável descartável de mangas longas impermeável, luvas de procedimento, máscara N95/PFF2 e protetor facial);
- Para conduzir o corpo até a Anatomia Patológica, o profissional do Apoio de Enfermagem deverá, **antes de sair do quarto do paciente, retirar o capote impermeável e as luvas**, descartá-los em bombona específica- Covid-19, **higienizar as mãos com álcool gel 70%** e vestir Capote de precaução de contato descartável descartável e novo par de luvas, preservando os demais itens do EPI (gorro, máscara N95 e protetor facial);
- O corpo será conduzido pelo elevador, o qual deverá ser imediatamente interditado e higienizado após o transporte por um profissional da equipe de limpeza;
- Outro profissional da equipe de limpeza deverá ser designado para acompanhar o trajeto do corpo e realizar a higienização de todo o percurso (parede/superfície/piso); este profissional deverá utilizar **EPI para precaução contato/gotículas/aerossol: Capote de precaução de contato descartável , luvas de procedimento, protetor facial e máscara N95/PFF2 + luvas brancas de borracha;**
- **O corpo será entregue e acondicionado na câmara mortuária pelo profissional de apoio de Enfermagem.**
- Os funcionários da Anatomia Patológica que receberão o corpo deverão estar em uso do mesmo EPI descrito acima - **EPI para precaução contato/gotículas/aerossol: Capote de precaução de contato descartável , luvas de procedimento, protetor facial e máscara N95/PFF2;**
- Após acondicionar o corpo na câmara mortuária, os profissionais de Apoio de Enfermagem e da Enfermagem deverão retirar o EPI, **dentro do setor de Anatomia Patológica**, descartá-lo em bombona específica - Covid-19 e **higienizar imediatamente as mãos com álcool gel 70%;**

- Ao fim deste procedimento, solicitar a presença de um funcionário da equipe de limpeza do setor a fim de realizar a higienização do ambiente e da maca; este profissional deverá estar em uso de **EPI para precaução contato/gotículas/aerossol: Capote de precaução de contato descartável , luvas de procedimento, protetor facial e máscara N95/PFF2 + luvas de borracha branca;**
- Após a liberação do corpo para a funerária, profissionais da equipe de limpeza (coletores) realizarão a higienização da câmara mortuária, bandejas e maca; para tal, deverão estar paramentados de acordo com as orientações contidas no Anexo 3 deste plano (**Capote impermeável descartável de mangas longas impermeável, luvas de procedimento, gorro, máscara PFF2/N95 e protetor facial descartável**) + **luvas de borracha branca**, já que estes funcionários estão expostos a contato com secreções ou fluidos do corpo;
- Após a higienização da câmara mortuária e maca, os profissionais coletores deverão retirar o Capote impermeável descartável de mangas longas, a luva de procedimento, descartá-los em bombona específica Covid-19, e fazer a desinfecção das luvas brancas de limpeza pesada;
- Higienizar as mãos com álcool gel 70%, vestir Capote de precaução de contato descartável , novo par de luvas de procedimento, lacrar e higienizar a bombona com Prático 100;
- Ao fim da higienização da bombona, retirar o EPI, descartá-lo em outra bombona específica para Covid-19 e levar a bombona higienizada para o expurgo da ÁREA COVID (para este procedimento, o funcionário estará com seu próprio uniforme de trabalho);
- Higienizar as mãos com álcool gel 70% antes de sair da Anatomia Patológica;
- Imediatamente após sair do setor, o coletor deverá acionar o colaborador específico da **equipe de limpeza** para realizar a higienização do ambiente, conforme procedimentos de rotina. Este colaborador já deverá estar de sobrevisão para sua entrada imediata e deverá utilizar **EPI para precaução contato/gotículas/aerossol: Capote de precaução de contato descartável , luvas de procedimento, protetor facial e máscara N95/PFF2 + luvas de borracha branca.**

### **3. Orientações do Serviço de Anatomia Patológica - SeAP**

A liberação do corpo é realizada pelos colaboradores do SeAP com treinamento interno, observando-se as seguintes etapas e pré-requisitos:

1. Realizada no período de segunda a sexta-feira, de 8h as 17h. Nos demais horários, finais de semana e feriados a liberação de corpo é realizada pelo pessoal do apoio;
2. A liberação do corpo realizada pelo SeAP para o sepultamento somente é permitida com a presença de familiares ou representantes legais no ato da liberação;
3. É vetado o manuseio dos corpos dentro das instalações do SeAP como reconhecimento familiar, abertura de cobre-corpo, colocação de vestes ou ornamentação das urnas;
4. Os familiares ou representantes legais devem ser apresentar na secretária do setor onde são solicitados documentos de identificação comprobatórios com foto e apresentação da declaração ou certidão de óbito para preenchimento do formulário "Registro de Liberação de Corpo", **disponível na pasta da rede P:\FORMULÁRIOS\Anatomia Patologica;**
5. do formulário "Registro de Liberação de Corpo" é preenchido pelos colaboradores do SeAP com as informações necessárias, datado e assinado por:
  - 5.1. responsável pela remoção do corpo (agente funerário);
  - 5.2. familiar ou responsável legal;
  - 5.3. colaborador do Seap responsável pela liberação.
6. Após preenchimento do documento o agente funerário será encaminhado para dar início a retirada do corpo;
7. **Todos os participantes (agente funerário e colaborador do SeAP) utilizarão EPI's preconizados, como avental para procedimento não cirúrgico descartável, luva descartável, gorro, máscara PFF2 N95, óculos de proteção ou protetor facial reutilizável. Após o procedimento os EPI's descartáveis devem ser dispensados em bombona específica – COVID-19 e as mãos higienizadas com álcool a 70%. Os itens que não são descartáveis, como os óculos e o protetor facial devem ser higienizados com álcool a 70% ou Prático 100, antes e depois do uso, e acondicionados nas caixas de EPI's na sala da técnica.**
8. Após o cadáver ser acomodado na urna funerária, esta deve ser fechada e encaminhada à saída de corpo e prontamente alocada no veículo da empresa funerária;
9. O formulário de "Registro de Liberação de Corpo" é arquivado na secretária do SeAP em pasta denominada "Liberação de Corpo".

#### **4. Atestado de Óbito**

- Todos os óbitos confirmados por COVID-19 deverão ser classificados com o CID - B34.2 (Infecção por Coronavírus de localização não especificada).
- No caso de óbito em que o médico mencione na Declaração de Óbito "Síndrome

Respiratória Aguda Grave – SARS”, ou “Doença Respiratória Aguda” devido ao COVID-19, deverá ser classificado com o CID - U04.9.

- OBS: O CID - U07.1, é um código que não está habilitado no Brasil para inserção no Sistema de Informação sobre Mortalidade- SIM.
- Recomenda-se que o médico descreva claramente a sequência de diagnósticos corretamente no Bloco V da Declaração de Óbito.

**Exemplos do Preenchimento do Bloco V da Declaração de Óbito:**

| ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                               | ASSISTÊNCIA MÉDICA                                                                                                                                                      | DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 37] A morte ocorreu<br>1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 9 <input type="checkbox"/> Ignorado<br>2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos               |                                               | 38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?<br>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado | 39] Necropsia?<br>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado |
| <b>40] CAUSAS DA MORTE</b><br><b>PARTE I</b><br>Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.<br><b>CAUSAS ANTECEDENTES</b><br>Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.<br><b>PARTE II</b><br>Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima. | <b>ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA</b> |                                                                                                                                                                         | Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | a                                             | <b>COVID -19</b>                                                                                                                                                        | <b>10 dias B34.2</b>                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | b                                             | Devido ou como consequência de:                                                                                                                                         |                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | c                                             | Devido ou como consequência de:                                                                                                                                         |                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | d                                             | Devido ou como consequência de:                                                                                                                                         |                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                               | <b>Hipertensão Arterial Sistêmica</b>                                                                                                                                   | <b>10 anos I10</b>                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                               | <b>Diabetes Mellitus</b>                                                                                                                                                | <b>7 anos E14.9</b>                                                                                                 |

| ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                               | ASSISTÊNCIA MÉDICA                                                                                                                                                      | DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 37] A morte ocorreu<br>1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 9 <input type="checkbox"/> Ignorado<br>2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos               |                                               | 38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?<br>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado | 39] Necropsia?<br>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado |
| <b>40] CAUSAS DA MORTE</b><br><b>PARTE I</b><br>Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.<br><b>CAUSAS ANTECEDENTES</b><br>Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.<br><b>PARTE II</b><br>Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima. | <b>ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA</b> |                                                                                                                                                                         | Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | a                                             | <b>Doença respiratória aguda</b>                                                                                                                                        | <b>4 dias U04.9</b>                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | b                                             | <b>COVID -19</b>                                                                                                                                                        | <b>10 dias B34.2</b>                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | c                                             | Devido ou como consequência de:                                                                                                                                         |                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | d                                             | Devido ou como consequência de:                                                                                                                                         |                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                               | <b>Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica</b>                                                                                                                               | <b>10 anos J44.9</b>                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                               | <b>Doença Cardíaca Hipertensiva</b>                                                                                                                                     | <b>15anos I11.9</b>                                                                                                 |

**5. Orientações para funerárias:**

É importante que os envolvidos no manuseio do corpo, equipe da funerária e os responsáveis pelo funeral sejam informados sobre o risco biológico Classe de Risco 3, para que medidas apropriadas possam ser tomadas.

As orientações descritas no Anexo 23 deverão ser entregues aos familiares/responsáveis juntamente ao atestado de óbito.

### **Anexo 23**

#### **Orientações para Familiares/Responsáveis e funerárias**

**Atualizado em: 23/03/2020**

- O manuseio do corpo deve ser o menor possível.
- O corpo não deve ser embalsamado.
- Deve-se realizar a limpeza externa do caixão com álcool líquido a 70% antes de levá-lo para ao velório.
- De preferência, cremar os cadáveres, embora não seja obrigatório fazê-lo.
- Após o uso, os sacos de cadáver vazios deverão ser descartados com resíduos enquadrados na classe A1, conforme RDC 222/2018 da ANVISA
- O(s) funcionário(s) que irá(ão) transportar o corpo do saco de transporte para o caixão, deve(m) equipar-se com luvas, avental impermeável e máscara cirúrgica. Remover adequadamente o EPI após transportar o corpo e higienizar as mãos com água e sabonete líquido imediatamente após remover o EPI.
- Recomenda-se que o caixão seja mantido fechado durante o funeral, para evitar qualquer contato com o corpo.
- Atendendo à atual situação epidemiológica, os funerais deverão decorrer com o menor número possível de pessoas, preferencialmente apenas os familiares mais próximos, para diminuir a probabilidade de contágio e como medida para controlar os casos de COVID-19.
- Recomenda-se às pessoas que:
  - Sigam as medidas de higiene das mãos e de etiqueta respiratória, em todas as circunstâncias;
  - Devem ser evitados apertos de mão e outros tipos de contato físico entre os participantes do funeral;
  - Recomenda-se que as pessoas dos grupos mais vulneráveis (crianças, idosos, grávidas e pessoas com imunossupressão ou com doença crônica), não participem nos funerais; bem como, pessoas sintomáticas respiratórias;
  - Recomenda-se que o caixão seja mantido fechado durante o funeral, para evitar contato físico com o corpo;
  - Devem ser disponibilizados água, sabonete líquido, papel toalha e álcool gel a 70% para higienização das mãos.

Ciente: \_\_\_\_\_ Em, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Nota:** Emitir as orientações em duas vias, uma a ser entregue aos familiares/responsáveis e outra para ficar na guarda da instituição com o “ciente” dos familiares/responsáveis.

**Anexo 24**  
**Protocolo para Alta Hospitalar**  
**Atualizado em: 07/04/2020**

- Após comunicado a alta hospitalar ao paciente, este deverá deixar o quarto com máscara cirúrgica se for negativo, suspeito ou caso confirmado de Covid-19;
- O paciente deverá ser colocado preferencialmente em maca e na impossibilidade disto, colocado em cadeira de rodas com banco revestido de corino (tipo de couro sintético) e ser orientado a não encostar nas superfícies;
- O paciente deverá ser acompanhado por um profissional do apoio e/ou da Enfermagem até a portaria do hospital que estarão devidamente paramentados conforme **precaução de contato/gotículas/aerossol (Capote de precaução de contato descartável , luvas de procedimento, protetor facial e máscara N95/PFF2)**;
- O paciente será conduzido até a portaria preferencialmente pela rampa. Em caso de uso do elevador, este ficará interditado para o uso e deverá ser higienizado conforme rotina institucional;
- Ao fim deste procedimento, solicitar a presença de um funcionário da equipe de limpeza do setor a fim de realizar a higienização da maca ou cadeira de corino; este profissional deverá estar em uso de **EPI para precaução contato/gotículas/aerossol: Capote de precaução de contato descartável , luvas de procedimento, protetor facial e máscara N95/PFF2 + luvas de borracha branca**;
- Os profissionais que levaram o paciente até a portaria deverão descartar o seu EPI em bombona específica para descarte de EPI utilizado na assistência aos pacientes de coronavírus;
- Higienizar as mãos com álcool gel a 70% ou água e sabão;
- Quando a bombona reservada para receber o EPI dos pacientes que foram de alta hospitalar estiver atingido sua capacidade máxima, deverá ser fechada e higienizada com Prático 100.

## **Anexo 25**

### **Protocolo de atendimento e monitoramento dos trabalhadores do INI no contexto da pandemia de COVID-19**

**Atualizado em: 08/04/2020**

A Direção do INI instituiu um grupo de trabalho para apoio aos trabalhadores com suspeita/confirmação de COVID19, formado por profissionais dos Serviços Clínicos (Assistência, Vigilância em saúde, Psicologia), Ensino (Residentes em Infectologia) Serviço de Gestão do Trabalho (SGT) para acompanhamento dos trabalhadores que atenderem aos seguintes critérios:

1- Trabalho presencial no INI, atuando em qualquer atividade ligada à assistência

2- Preencham a definição de casos suspeito para COVID-19, conforme abaixo:

**Síndrome Gripal** - sensação febril ou febre\*, mesmo que relatada, acompanhada de tosse **OU** dor de garganta **OU** coriza **OU** dificuldade respiratória

**SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG):** dispneia/desconforto respiratório **OU** Pressão persistente no tórax **OU** saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente **OU** coloração azulada dos lábios ou rosto.

Os trabalhadores serão acolhidos de acordo com o fluxo de atendimento descrito no Plano de Ação do INI:

1- Avaliação de casos suspeitos e indicação de coleta para COVID-19 pelo profissional do Primeiro Atendimento.

2- Coleta de amostras para investigação laboratorial de COVID-19, para os casos que atendem aos critérios de definição de caso suspeito. A amostra deverá ser coletada até o 7º dia dos sintomas.

3- Orientação para isolamento domiciliar (conforme documento disponível no Diretório Público, pasta "Novo Coronavírus Covid\_19", "**Covid 19\_Orientações para isolamento domiciliar**").

4- Notificação no e-SUS VE e SIVEP (SRAG) pela equipe de Vigilância em saúde.

Caso o resultado seja RT-PCR em tempo real detectável para SARS CoV-2, pelo protocolo Charité (ou outro exame disponibilizado e validado pelo Ministério da Saúde), os trabalhadores deverão permanecer em isolamento domiciliar pelo menos até 14 dias a partir da data do início dos sintomas. O trabalhador deve comunicar por telefone ou e-mail ao SGT do INI tel: 3865-

9606 [sgt@ini.fiocruz.br](mailto:sgt@ini.fiocruz.br) e ao NUST tel: (21) 2598-4295 ou (21) 3885-1662 [secretaria.nust@fiocruz.br](mailto:secretaria.nust@fiocruz.br)

Caso o resultado seja RT-PCR em tempo real não detectável para SARS CoV-2, pelo protocolo Charité (ou outro exame disponibilizado e validado pelo Ministério da Saúde), o isolamento domiciliar poderá ser suspenso após a remissão dos sintomas.

- 5- Monitoramento de casos suspeitos e confirmados de COVID-19. Será realizado pelo grupo de trabalho para apoio aos trabalhadores com suspeita/confirmação de COVID19, por meio das seguintes atividades:
- a) Contato telefônico para informação quanto ao resultado do exame verificado no GAL e orientação de questões relativas ao isolamento e contatos domiciliares – responsável: residentes e equipe da Vigilância
  - b) Monitoramento por telefone diário ou em até 48h dos pacientes confirmados para avaliação do estado de saúde e para orientações clínicas– responsável: residentes e equipe da Vigilância.
  - c) Orientações em relação a atestado, afastamento e a demais questões do trabalho para os trabalhadores com diferentes vínculos – responsável: Rafaela Lunga SGT.
  - d) Apoio psicológico aos trabalhadores suspeitos/confirmados em situação de isolamento – responsável: Eunes Milhomem do Serviço de Psicologia do INI.
- Este apoio psicológico ocorrerá através de contato telefônico ou com outros recursos disponíveis institucionalmente de tecnologia de informação e comunicação, mediante solicitação da equipe de residentes e/ou da vigilância que estiverem monitorando o caso e, percebam a existência da necessidade de uma intervenção psicológica.
  - A solicitação deve ser enviada por e-mail para Seção de Psicologia ([secaopsicologia@ini.fiocruz.br](mailto:secaopsicologia@ini.fiocruz.br)) contendo o nome do profissional (paciente), contato telefônico, número do primeiro atendimento e resumo do caso, com sua situação clínica atual. A equipe de psicologia fará o acolhimento, avaliação e monitoramento deste profissional.
  - Nas situações onde a equipe de psicologia avalie que o caso ultrapassa o escopo do acompanhamento por monitoramento, o mesmo será encaminhado ao NUST, visando a continuidade da assistência à saúde do trabalhador do INI/FIOCRUZ.



O grupo apoiará o SGT na avaliação das condições de retorno às atividades laborativas do trabalhador de acordo com: quadro clínico, resultados de exames para diagnóstico laboratorial de COVID19, tempo decorrido desde o início dos sintomas, outras situações não previstas.

Grupo:

- 1- Estevão Portela
- 2- Mayumi D. Wakimoto
- 3- Marília Santini
- 4- Rafaela Lunga
- 5- Eunes Milhomem

Residentes coordenados por Alberto Lemos

CÓPIA NÃO CONTROLADA

### 3.REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº04/2020 GVIMS/GGTES-Jan.2020., atualizada em 21/03/2020. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/novocoronavirus/>

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico nº 04-SVS/MS-COE COVID-19-mar.2020. disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/novocoronavirus>

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde- Limpeza e Desinfecção de Superfícies. Brasília, 2012.

Interim Guidance for Collection and Submission of Postmortem Specimens from Deceased Persons Under Investigation (PUI) for COVID-19, February 2020.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-postmortemspecimens.html>

Coronavirus Disease 2019 – Frequent Asked Questions. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/faq.html#funerals>

Orientações para preenchimento da declaração de óbito – Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIVS. Secretaria de Estado de Saúde do Governo de São Paulo.

Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV2) – ANVISA. Publicada em 30/01/2020 e atualizada em 21/03/2020.

**5. FOLHA DE APROVAÇÃO**

|                 | <b>NOME/ÁREA</b>                               | <b>ASSINATURA</b> |
|-----------------|------------------------------------------------|-------------------|
| Elaboração      | Carla Dias de Castro<br>CCIH                   |                   |
| Elaboração      | Diana Galvão Ventura<br>CCIH                   |                   |
| Elaboração      | Giovana Gonçalves Assunção<br>NSP              |                   |
| Elaboração      | Margarete Bernardo Tavares da Silva<br>SEVS    |                   |
| Elaboração      | Mayumi Duarte Wakimoto<br>SEVS                 |                   |
| Elaboração      | Pedro da Silva Olive<br>Hotelaria              |                   |
| Elaboração      | Renato França da Silva<br>SENF                 |                   |
| Elaboração      | Rosângela Vieira Eiras<br>CAPEX                |                   |
| Elaboração      | Sheila Rocha C. Borges<br>NSP                  |                   |
| Elaboração      | Sonia Maria Ferraz M. Neves<br>CCIH            |                   |
| Análise Crítica | Ernesto João da Silva<br>Setor de Higienização |                   |
| Análise Crítica | José Liporage Teixeira<br>GRSS                 |                   |
| Análise Crítica | Denise Medeiros<br>VDSC                        |                   |
| Análise Crítica | Graciele Oroski<br>NSP                         |                   |
| Aprovação       | Estevão Portela<br>VDSC                        |                   |

*Nota1. Apenas a versão 00 deste documento está assinada e retida como original no NSP, dado a dinâmica das alterações as demais versões serão retidas como original, mas sem assinatura.*